

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Fysioterapian koulutusohjelma

Hanna-Maria Helin ja Katja Parviainen

TULPPA-RYHMÄÄN OSALLISTUNEIDEN JATKOKUNTOUTUKSEEN HAKEUTUMINEN LAPPEENRANNAN TERVEYSASEMALLA

TIIVISTELMÄ

Hanna-Maria Helin & Katja Parviainen

Tulppa-kuntoutujien hakeutuminen jatkokuntoutukseen Lappeenrannan terveysasemalla, 59 sivua, 4 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu, Lappeenranta

Sosiaali- ja terveysala, Fysioterapian koulutusohjelma

Opinnäytetyö, 2011

Ohjaajat: lehtori Sanna Spets, toiminnanjohtaja Heli Heimala, Etelä-Karjalan Sydänpiiri

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia Lappeenrannan terveysaseman Tulppa-kuntoutujien jatkokuntoutukseen hakeutumista ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Erityisesti oltiin kiinnostuneita Lappeenrannan Sydän- ja Diabetesyhdistysten ryhmiin osallistumisesta. Lisäksi selvitettiin, kuinka jatkokuntoutusmahdollisuuksia tulisi kehittää. Jatkokuntoutuksella tässä työssä tarkoitetaan Tulppa-kuntoutuksen jälkeistä toimintaa. Työ toteutettiin yhteistyössä Etelä-Karjalan Sydänpiirin kanssa.

Tutkimusaineisto kerättiin puolistrukturoidun kyselylomakkeen avulla. Kyselylomake laadittiin ryhmähaastattelun ja aiemman tutkimustiedon pohjalta. Lomake lähetettiin 25:lle Tulppa-kuntoutuksen aikavälillä syksy 2008 syksy 2009 aloittaneelle henkilölle. Lomakkeen palautti 21 henkilöä. Lopullinen vastausprosentti oli 84 %.

Tässä työssä analysointimenetelmänä käytettiin teoriaohjaavaa sisällönanalyysiä. Taustatietoja ja jatkokuntoutukseen osallistumista analysoitiin tilastollisesti Windows SPSS 19.0-ohjelmalla. Määrällinen analysointi tapahtui ristiintaulukoinnilla, ja tilastollisen merkitsevyyden rajaksi asetettiin $p < 0,05$. Kyselylomakkeella haluttiin selvittää henkilöiden liikuntatottumuksia, jatkokuntoutukseen osallistumista ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Henkilöitä pyydettiin myös kertomaan jatkokuntoutustoiveita.

Tuloksissa selvisi, että noin 71 % vastanneista ei ollut osallistunut jatkokuntoutukseen. Suurin osa henkilöistä kuitenkin kertoi harrastavansa itsenäisesti liikuntaa. Suurin syy osallistumattomuuteen oli tiedon puute järjestettävistä ryhmistä. Muita syitä olivat laiskuus ja se, että jatkokuntoutukselle ei tunnettu olevan tarvetta. Ryhmiin osallistumista edistäisi niiden sopiva taso ja lyhyt välimatka. Ryhmän tuomaa sosiaalista tukea pidettiin tärkeänä. Jatkokuntoutusmahdollisuuksia voisi kehittää tehostamalla ryhmistä tiedottamista. Tulppa-kuntoutuksen aikana yhdistysten edustajien tai Tulppa-ohjaajien tulisi kertoa jatkokuntoutusmahdollisuuksista. Raportissa on esitetty erilaisia kehittämisehdotuksia jatkokuntoutuksen järjestämisestä. Tulevaisuudessa tärkeää olisi tukea henkilöiden oikeanlaista itsenäistä liikkumista. Tuloksissa selvisi, ettei Tulppa-kuntoutus ollut muuttanut vastanneiden liikuntatottumuksia. Lihasvoimaa ja elastisuutta harjoittavan liikunnan tärkeyttä tulisi kuntoutuksessa painottaa entistä enemmän.

Asiasanat: osallistuminen, sydän, kuntoutus

ABSTRACT

Hanna-Maria Helin & Katja Parviainen

Participation in post-rehabilitation after Tulppa-rehabilitation in Lappeenranta health care centre, 59 pages, 4 appendices

Saimaa University of Applied Sciences, Lappeenranta

School of Health Care and Social Services, Degree Program in Physiotherapy

Bachelor's Thesis, 2011

Instructor: Lecturer Sanna Spets, co-ordinator Heli Heimala, South-Karelian Heart association

Purpose of this thesis was to study Tulppa-rehabilitation that is organized by South-Karelian Heart association together with health care centre of Lappeenranta. Our aim was to study what factors influence, on whether people seek for post-rehabilitation groups after Tulppa-rehabilitation or not. With post-rehabilitation we mean different physical and social activities that support the changes people have made in their way of living. The study was in collaboration with South-Karelian Heart association (Etelä-Karjalan Sydänpiiri).

The data was collected by a semi structured questionnaire. The questionnaire was formed based on prior studies and a group interview. The questionnaire was sent to 25 people who had started the Tulppa-rehabilitation between autumn 2008- autumn 2009. We received 21 forms out of 25, 84% in total.

The analysis method of the data was theory guided content analysis. Background information and participation in post-rehabilitation were analyzed statistically with Windows SPSS-19.0 software. Quantitative methods were cross-tabulation and statistical significance was set at $p > 0,05$. The questionnaire was used to measure physical activity, participation in post-rehabilitation and what factors influence it. Persons were also asked to tell hopes, regarding future post-rehabilitation.

The results showed that approximately 71% of the respondents had not participated in post-rehabilitation. Majority told that it was because they were independently physically active. Major reason for not participating was lack of information. Other reasons were laziness and that there was no need for it. Promoting factors for participation were short distance and appropriate group level. Social support was also considered important. Post-rehabilitation could be improved with more effective information. During the Tulppa-rehabilitation program organizations should send representatives to inform people about their activities. Alternatively Tulppa-instructors could give information. The report shows different proposals for future development. It's significant to support right kind of exercise. The results showed that respondents' physical activity habits had not changed during the rehabilitation. Muscle strength and mobility exercise should be more emphasized.

Keywords: participation, heart, rehabilitation

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	7
2 VALTIMOTAUDIT	8
2.1 Sepelvaltimotauti	8
2.2 Aivoverenkiertohäiriöt	10
2.3 Alaraajojen valtimotauti	12
2.4 Tyypin 2 diabetes	12
3 TULPPA–AVOKUNTOUTUS	13
4 SAIRAALAVAIHEEN JÄLKEINEN SYDÄNKUNTOUTUS SUOMESSA	15
5 SYDÄNKUNTOUTUKSEN VAIKUTTAVUUS	19
6 Kuntoutukseen OSALLISTUMISEEN VAIKUTTAVAT tekijät	22
7 SYDÄNYHDISTYKSEN JA DIABETESYHDISTYKSEN TARJOAMA RYHMÄTOIMINTA LAPPEENRANNASSA	23
8 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	25
9 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN	25
9.1 Tutkimushenkilöt	26
9.2 Tutkimusmenetelmät ja tiedonkeruu	28
9.2.1 Ryhmähaastattelu	29
9.2.2 Kysely ja kyselylomakkeen laatiminen	30
9.3 Aineiston analysointi	33
9.4 Eettisyys	35
10 TULOKSET	36
10.1 Taustatiedot	36
10.2 Liikunnan harrastaminen	36
10.3 Jatkokuntoutukseen osallistuminen	38
10.4 Jatkokuntoutukseen osallistumiseen vaikuttavat tekijät	39
11 POHDINTA	43
11.1 Tulosten pohdinta	45
11.2 Kehittämisideoita	50
11.3 Tutkimushenkilöt	51
11.4 Tutkimusmenetelmä ja tulosten analysointi	52
11.5 Työn luotettavuuden arviointi	53
11.6 Pohdintaa opinnäytetyöprosessista	54
LÄHTEET	57

LIITTEET

Liite 1: Ryhmähaastattelu

Liite 2: Suostumus

Liite 3: Saate

Liite 4: Kyselylomake

1 JOHDANTO

Valtimotaudit ovat yleisin kuolinsyy suomalaisten miesten ja naisten keskuudessa (Keski-Uusimaa 2009). Suomen Sydänliiton ja terveystieteiden tutkimuskeskusten järjestämän Tulppa-avokuntoutuksen tarkoituksena on vähentää valtimotautien vaaratekijöitä ja sairauden aiheuttamaa henkistä ahdistusta, sekä tarjota vertaistukea ja tietoa sairaudesta (Ikonen 2006; Suomen Sydänliitto ry 2009). Tulppa-kuntoutuksella on saavutettu tilastollisesti merkitseviä muutoksia riskitekijöissä sepelvaltimotautia sairastavilla ja riskihenkilöillä. Muutoksia on tapahtunut verenpaineessa, veren rasva-arvoissa ja vyötärönympäryksessä. (Ikonen. 2006.)

Aiemmassa Tulppa- avokuntoutusta käsittelevässä Saimaan AMK:ssa tehdyssä opinnäytetyössä 80 % tutkimushenkilöistä ilmaisi kiinnostuksensa liikunnallista jatkokuntoutusta kohtaan, eikä kukaan pitänyt jatkokuntoutusta tarpeettomana. Opinnäytetyössä tarkasteltiin Etelä-Karjalan alueella toimineita Tulppa-ryhmiä. (Kinnunen & Kouvo 2009.) Kolmannen sektorin rooli jatkokuntoutuksen järjestäjänä voisi olla nykyistä suurempi. Tällä hetkellä vain harvat Tulppa-kuntoutuksen käyneet hakeutuvat Lappeenrannassa kolmannen sektorin järjestämiin ryhmiin. (Heimala 2010.)

Tämän opinnäytetyön aiheita ehdotettiin Etelä-Karjalan Sydänpiiristä. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää Lappeenrannan terveysaseman Tulppa-avokuntoutuksen läpikäyneiden henkilöiden hakeutumista jatkokuntoutukseen ja siihen vaikuttavia tekijöitä kyselylomakkeen avulla. Lisäksi selvitettiin Lappeenrannassa Sydänyhdistyksen ja Diabetesyhdistyksen tarjoamat ryhmät, jotka tukevat Tulppa- kuntoutujien liikunnallista elämänmuutosta. Tutkimuksessa selvitettiin, millaisia toiveita kuntoutujilla on jatkokuntoutustoiminnasta. Tutkimustulosten pohjalta pyrittiin tarjoamaan kehittämisideoita. Työ toteutettiin yhteistyössä Etelä-Karjalan Sydänpiirin kanssa.

Halusimme tutustua paremmin kolmannen sektorin toimintaan terveyden edistäjänä, ja tästä syystä päätimme tehdä opinnäytetyömme yhteistyössä jonkin järjestön kanssa. Tulevaisuudessa voimme mahdollisesti hyödyntää saamaamme tietoa myös työelämässä.

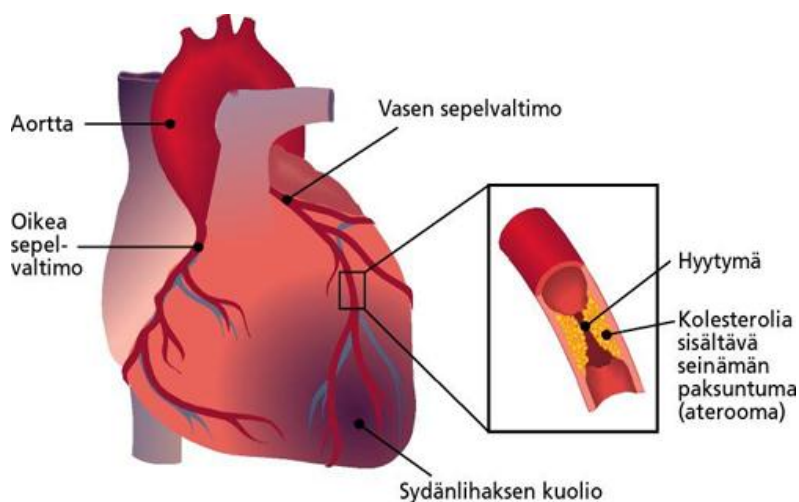
2 VALTIMOTAUDIT

Valtimotauteihin kuuluvat sepelvaltimotauti, aivohalvaus, aivoverenkiertohäiriöt ja alaraajojen valtimotaudit, esimerkiksi katkokävely. Valtimotaudin riskitekijöitä ovat perimä ja elämäntavat. Miehillä sairastumisriski on naisia suurempi. Riskiä lisäävät elämäntavat ovat tupakointi, kohonnut verenpaine ja low density lipoproteins (LDL) -kolesteroliarvo, pieni high density lipoproteins (HDL) -kolesterolin ja suuri triglyseridi-rasvojen määrä. LDL-kolesteroli kuljettaa kolesterolia kudoksiin ja verisuonten seinämiin, eli on niin sanottu huono kolesteroli. HDL-kolesteroli kuljettaa kolesterolia pois kudoksista ja verisuonten seinämistä, eli on niin sanottu hyvä kolesteroli. Tyypin 2 eli aikuisiän diabetes ja lihavuus ovat myös valtimotautien riskitekijöitä. Useat riskitekijät yhdessä kasvattavat vaaraa sairastua valtimotautiin. (Suomen Sydänliitto ry 2007.)

2.1 Sepelvaltimotauti

Sepelvaltimotauti johtuu sydämen pinnalla kiertävien sepelvaltimoiden kovettumisesta eli ateroskleroosista. Tällöin sepelvaltimon sisäseinämään kertyneet rasva- ja sidekudospesäkkeet ajan mittaan pienentävät verisuonen läpimittaa ja vaikeuttavat hapen ja ravinteiden pääsyä sydänlihakseen. (Kovanen 2000, 351.) Kuvassa 1 on kuvattu sepelvaltimot. Nykykäsityksen mukaan sepelvaltimot laajenevat ahtautuessaan ulospäin. Tästä seuraa sepelvaltimon seinän paksuuntuminen. Ajan myötä plakki joko tukkii suonen tai se repeytyy, ja aiheuttaa näin veren hyytymisprosessin. Hyytymät voivat tukkia sepelvaltimon välittömästi aiheuttaen sydänlihaskuolion. Ne voivat myös kulkeutua sepelvaltimon haaroihin ja aiheuttaa pienempiä sydänlihaskuolemia.

(Kettunen 2008, 252-254.) Ateroskleroosin kehittyminen vie vuosikymmeniä. Se alkaa usein lapsuudessa, ja eteneminen on yksilöllistä. Elämäntavoilla on myös vaikutusta ateroskleroosin etenemiseen. Sepelvaltimotauti voi esiintyä vakaana. Tällöin potilaiden yleisin oire on angina pectoris -rintakipu, joka ilmaantuu raskuudessa tai voimakkaissa tunnereaktioissa. Lepo ja nitrot auttavat angina pectoris -rintakipuun, ja potilas oppii yleensä varomaan kipua aiheuttavia tilanteita. Vakaa sepelvaltimotauti voi pysyä samanlaisena vuosia tai aiheuttaa äkillisen sepelvaltimotautikohtauksen. (Kovanen 2000, 351-375; Suomen Sydänliitto ry 2006, 6.)



Kuva 1 Sepelvaltimot (Duodecim 2007)

Äkillisessä sepelvaltimotautikohtauksessa valtimotukos eli trombi aiheuttaa epästabiilin angina pectoriksen, sydäninfarktin ilman ST-nousua tai ST-nousuinfarktin. ST-nousu on EKG:ssä nähtävä muutos, joka kertoo sydänlihaksessa vallitsevasta hapenpuutteesta. Trombi syntyy, kun valtimon seinämässä oleva kovettumapesäke repeää ja kulkeutuu suonen ohuempaan kohtaan aiheuttaen siihen tukoksen. Äkillinen sepelvaltimotautikohtaus vaatii aina kiireellistä lääkärihoitoa. Ennuste riippuu infarktin suuruudesta sekä siitä, missä osassa sydäntä se sijaitsee. Se alue sydänlihaksesta, joka jää ilman happea, vaurioituu nopeasti, ja lihaksen supistusvoima heikkenee. Sydänlihassolut tuhoutuvat peruuttamattomasti muutamassa tunnissa, ja kuolioon jäänyt lihasalue korjautuu 4 - 8 viikossa arpikudoksella. Sydäninfarkti

voi johtaa sydämen vajaatoimintaan, jossa sydämen pumppaustoiminta on korjaamattomasti heikentynyt. Sepelvaltimotautiin voi liittyä myös rytmihäiriöitä, jotka vaihtelevat vaarattomista, tilapäisistä rytmihäiriöistä jopa sydänpysähdyksen aiheuttavaan kammiovärinään infarktiin yhteydessä. (Suomen Sydänliitto ry 2006, 7.)

Sepelvaltimotaudin vaaratekijöitä ovat diabetes, vähäinen liikunta, ylipaino ja stressi. Myös miessukupuoli, korkea ikä ja perimä ovat sepelvaltimotaudin vaaratekijöitä. Riski sairastua sepelvaltimotautiin kasvaa, jos lähisukulaisella on varhain ilmaantunut sepelvaltimotauti tai jokin muu valtimotauti (miehillä alle 55-vuotiailla, naisilla alle 65-vuotiailla). Uusimman tutkimustiedon mukaan jo nuoruusiän korkea lisätyn sokerin kulutus lisää riskiä sairastua sydän- ja verisuonitauteihin. (Welsh, Sharma, Cunningham, Vos 2011.) Hoitomuotoina sepelvaltimotaudissa ovat liuotushoito, pallolaajennus, ohitusleikkaus sekä lääkehoito. (Peräsalo 1997, 36-38; Kovanen 2000, 351-375; Suomen Sydänliitto ry 2006, 8-9.) Suomessa sepelvaltimotauti oli vuonna 2009 kuudenneksi yleisin kuolinsyy (186 kuollutta) 16 - 64-vuotiailla naisilla ja 2. yleisin (1139 kuollutta) saman ikäryhmän miehillä (Tilastokeskus 2010 a, 2010 b).

2.2 Aivoverenkiertohäiriöt

Vuonna 2009 aivoverenkierron sairauksiin kuoli Suomessa 16 - 64-vuotiaita naisia 155 (7. yleisin kuolinsyy) ja miehiä 285 (6. yleisin kuolinsyy) (Tilastokeskus 2010a, 2010b).

Aivoverenkiertohäiriö (AVH) käsittää aivoinfarktin, aivoverenvuodon ja subaraknoidaalivuodon (SAV) eli lukinkalvonalaisen vuodon. Taustalla on yleensä jokin valtimotauti. Aivoinfarktissa verenkierto aivoihin on heikentynyt tai verta ei pääse lainkaan kulkeutumaan aivoihin. Tämä aiheuttaa aivokudokseen hapen puutteen eli iskemian vuoksi pysyvän vaurion. Embolia eli tukos kulkeutuu aivoihin usein sydäimestä, kaulavaltimosta tai aortan kaaresta. Se,

kuinka paljon kudosta tuhoutuu, riippuu infarktin asteesta ja kestosta. Tukos voidaan riittävän nopealla toiminnalla liuottaa. Sairaalahoidolla pyritään estämään infarktipainetta ja kallonsisäisen paineen nousua sekä tukoksen uusiutumista. Aivoinfarktin oireita ovat esimerkiksi toispuolihalvaus ja/tai tuntohäiriö, ongelma puheentuottamisessa, ja nielemisen vaikeus. Oireet riippuvat siitä, missä aivojen osassa iskemia sijaitsee. (Käypä hoito 2007.)

Aivoverenvuoto ja subaraknoidaalivuoto ovat seurausta aivovaltimossa sijaitsevan heikon kohdan puhkeamisesta. Valtimossa oleva paine aiheuttaa pullistuman (aneurysma), joka puhkeaa. Subaraknoidaalivuodossa veri vuotaa aivossa olevan kalvon, araknoidaalikalvon alaiseen tilaan. Oireita ovat päänsärky ja hitaasti kehittyvä toispuolihalvaus. Aivoverenkiertohäiriö aiheuttaa keskushermostollisia oireita, jotka johtuvat aivoverisuonten tukoksesta tai muusta aivoverenkierron häiriötekijästä. Tällöin aivoihin ei kulkeudu verta ja sen mukana tulevaa hapetta. Yleisin AVH:n aiheuttaja on kaula- tai aivovaltimoiden ahtautuminen ateroskleroosin johdosta. Oireet voivat olla ohimeneviä tai pitkäaikaisia. Riskiä saada aivoverenkiertohäiriö lisää verenpainetauti, sydäntauti, korkea veren kolesteroliarvo, tupakointi, diabetes, runsas alkoholinkäyttö, ylipaino sekä liikunnanpuute. (Peräsalo 1997; Käypä hoito 2007; Terveyskirjasto 2009.)

Ohimenevä iskeeminen kohtaus eli TIA on oire aivovaltimotaudista. Yleensä ohimenevän aivoverenkiertohäiriön (TIA) kestoksi on määriteltä 24 tuntia. Uusimpien tutkimusten mukaan kyseessä on aivoinfarkti, jos oireet kestävät yli 1 - 2 tuntia. TIA lisää riskiä saada aivoinfarkti. Viikon kuluessa noin 10 % potilaista, joilla on ollut ensimmäinen, ohimenevä iskeeminen aivoperäinen oire, saavat aivoinfarktin. Oireita ovat usein yläraajoissa esiintyvä hemipareesi, heikentynyt tuntoaisti, näön hämärtyminen ja alaraajojen lyhytkestoinen voiman menetys. Oireet riippuvat siitä, missä osassa aivoja aivoverenkiertohäiriö esiintyy. (Terveyskirjasto 2009.)

TIA:n ehkäisyssä on tärkeää kiinnittää huomiota ylipainoon, verenpainetautiin ja

sen hoitoon sekä turvata riittävä liikunnan määrä ja tupakoimattomuus. Riskiä lisäävät myös runsas alkoholinkäyttö, diabetes, sydäntauti ja korkea veren kolesteroliarvo. Suomessa sairastuu vuosittain noin 14 000 henkilöä aivoverenkiertohäiriöihin. Usein sairastunut on yli 65-vuotias henkilö. (Terveyskirjasto 2009.)

2.3 Alaraajojen valtimotauti

Alaraajojen valtimotaudissa reisivaltimo tai jokin pienemmistä alaraajojen valtimoista tukkeutuu ja verenkierto estyy. Taustalla on yleensä valtimon ateroskleroosi. Katkokävely on yleinen oire alaraajojen valtimotaudille, joka johtuu hapenpuutteesta alaraajoissa. Kipu esiintyy liikkeen aikana, ja alaraajoissa saattaa tuntua väsymistä ja puutumista. Kova kipu pohkeissa on myös tyypillistä. Oireet helpottuvat levon aikana. Verenkierron estymisen vuoksi jalat saattavat tuntua kylmiltä, ja hoitamattomana tauti saattaa johtaa varpaiden kuolioon. Muita oireita ovat haavaumat ja leposärky. (Terveysportti 2009.)

Alaraajojen valtimotautia ja katkokävelyä ehkäistään samoilla menetelmillä kuin muitakin valtimotauteja. Tärkeimmät riskitekijät ovat tupakointi, veren korkea kolesteroli (ruokavalio) ja kohonnut verenpaine. Liikunnan puute on myös eräs tekijä. Lisäämällä liikuntaa edistetään alaraajojen verenkiertoa. Alaraajojen valtimotaudin esiintyvyydestä ei ole tarkkaa tietoa, sillä se luetaan tilastoissa aivoverenkierron sairauksien alle. (Terveysportti 2009, Tilastokeskus 2010a, 2010b.)

2.4 Tyypin 2 diabetes

Tyypin 2 diabetes tarkoittaa aikuistyyppin diabetesta, joka todetaan usein tutkittaessa muita sairauksia tai tavallisessa terveystarkastuksessa. Sitä ei lueta valtimotaudiksi, mutta se lisää riskiä sairastua sydän- ja verisuonitauteihin. Suomalaisista yli 250 000 on todettu aikuistyyppin diabetes, ja ainakin 200 000:n on arvioitu sairastavan sitä tietämättään. Aikuistyyppin diabetes todetaan yleensä

yli 35-vuotiailla, mutta se lisääntyy koko ajan yhä nuoremmissa ikäryhmissä kaikkialla maailmassa. Tyypin 2 diabeteksen syynä on elintoiminnoille välttämättömän insuliinin tehon heikentyminen tai sen erityksen alentuminen. Sairautta voi ehkäistä liikunnalla, terveellisellä ruokavaliolla, painonhallinnalla ja tupakoimattomuudella. Sairaus kehittyy hitaasti vuosien kuluessa ja voi olla pitkäänkin oireeton. Oireita ovat jano, väsymys, lisääntynyt virtsaaminen, näköhäiriöt ja toistuvat tulehdukset. Lisäksi siihen liittyy voimakkaasti lisääntynyt sydän- ja verisuonisairauksien riski. Tyypin 2 diabetesta hoidetaan terveellisellä ruokavaliolla ja painonhallintaan tähtäävällä liikunnalla. Tarvittaessa käytetään verensokeria korjaavaa tabletti- ja insuliinihoitoa. On tärkeää hoitaa myös verenpainetta, veren rasvoja sekä veren hyytymistekijöitä lisäsairauksien ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi. Sairastumiseen vaikuttaa myös perintötekijät. Riski sairastua on 70 %, jos molemmilla vanhemmilla on tyypin 2 diabetes. (Diabetesliitto 2009a; Ilanne-Pakkila, Kangas, Kaprio, Rönnemaa 2006, 8 - 17.)

Tyypin 2 diabeteksen myötä voi kehittyä lisäsairauksina muun muassa hermosto-, verisuoni-, sidekudos-, munuais- ja silmänpohjamuutoksia, sekä seksuaalitoimintojen häiriöitä. Tyypin 2 diabetekseen voi liittyä myös metabolinen oireyhtymä sekä valtimoiden kovettuminen. (Diabetesliitto 2009a, 2009b; Ilanne-Pakkila ym. 2006, 15-16.)

3 TULPPA-AVOKUNTOUTUS

Tulppa-avokuntoutus on Suomen Sydänliiton ja terveyskeskusten yhdessä järjestämää jatkokuntoutusta sepelvaltimotautia, 2 tyypin diabetesta, lievää aivoverenkiertohäiriötä ja metabolista oireyhtymää sairastaville. Kuntoutusta järjestettiin vuonna 2009 yhteensä seitsemässä Sydänpiirissä. Tulppa-kuntoutus on osa Suomalaista Sydänohjelmaa. Mukana olleet Sydänpiirit ovat Etelä-Karjala, Kymenlaakso, Pirkanmaa, Pohjois-Karjala, Pohjois-Savo, Päijät-Häme ja Saimaan Sydänpiiri sekä lisäksi Pieksämäen kaupunki. Kuntoutusta on

tarkoitus järjestää 1000–1200 asiakkaalle vuosittain, ja sitä tukee raha-automaattiyhdistys. Kuntoutusta järjestettiin vuonna 2009 terveyskeskuksissa, tai Sydänpiirin ja terveyskeskuksen yhteistyönä. Jokaisella Sydänpiirillä on oma ohjelmakoordinaattorinsa ja ohjausryhmänsä. (Suomen Sydänliitto ry 2009; Heimala 2010.)

Tulppa-ohjelman tavoite on vähentää valtimotautien vaaratekijöitä, sairauden aiheuttamaa henkistä ahdistusta ja tarjota vertaistukea sekä tietoa sairaudesta. Ryhmä kokoontuu yhteensä 12 kertaa. Kymmenen ensimmäistä kertaa ovat viikon välein, ja seuraavat kaksi 6 kuukauden ja 12 kuukauden päästä. Ryhmään otetaan mukaan 10–15 kuntoutujaa. Ohjelmaan kuuluu tiedotus tautien vaaratekijöistä. Siinä tarkkaillaan kuntoutujien liikuntatottumuksia, lääkitystä, itse tapahtuvaa hoitoa, ravitsemusta, mielialaa, kipua, oireita ja neuvotaan, kuinka toimia hätätilanteissa. Kuntoutuksen aikana seurataan verenpainetta, veren rasva- ja sokeriarvoja, painoa ja vyötärönympärystä. Kuntoutujan hengitys- ja verenkiertoelimistön suorituskyyä arvioidaan kuuden minuutin kävelytestillä. Ryhmän jäsenet valitsevat kukin omista vaaratekijöistään oman avaintekijän, jonka muuttamiseen he sitoutuvat, ja jota seurataan kuntoutuksen aikana. Avaintekijää seurataan ensimmäisessä tapaamisessa, 6 kuukauden ja 12 kuukauden välein. Sen valinnalla on todettu olevan merkitystä elintapojen muuttumisessa. (Ikonen 2006; Suomen Sydänliitto ry 2009.)

Tulppa-ryhmiä ohjaavat koulutetut ohjaajat, jotka ovat terveyskeskusten terveyden- tai sairaanhoitajia ja fysioterapeutteja, sekä sairauden kokeneet vertaisohjaajat. Ohjaajilla on käytössä kuntoutusohjelman valmis suunnitelma ja Sydänliiton internetsivuilla toimiva extranet-tukipalvelu. (Suomen Sydänliitto ry 2009.) Lappeenrannan terveysasema järjestää Tulppa-kuntoutusta yhteistyössä Etelä-Karjalan Sydänpiirin kanssa raha-automaattiyhdistyksen tuella vuosina 2006 - 2011. Vuonna 2010 Etelä-Karjalan Sydänpiirin alueella aloitti viisi ryhmää. Osallistujia oli yhteensä 54. Lappeenrannan terveysasemalla aloitti yksi 10 hengen kuntoutusryhmä syksyllä 2010. (Heimala 2011.)

4 SAIRAALAVAIHEEN JÄLKEINEN SYDÄNKUNTOUTUS SUOMESSA

Sydänpotilaan kuntoutus jaetaan kolmeen vaiheeseen: Sairaalavaihe eli akuuttihoito, jolloin potilaalle annetaan ohjeita ja kuntoutusta. Varhaisessa toipumisvaiheessa ohjataan asiakas usein Kelan järjestämään kuntoutukseen, ja se sijoittuu noin 2 - 6 kuukauden päähän kotiutumisesta. Myöhäisessä toipumisvaiheessa pyritään turvaamaan potilaan selviytyminen läpi elämän sairauden kanssa. Tämä vaihe sisältää erilaisia kuntoutusohjelmia, joita järjestää usein jokin sydänpiiri tai -yhdistys. (Suomen Sydänliitto ry.)

Kansanterveyslaitoksen sydänrekisterin tietojen mukaan vuonna 2002 akuutin sydäninfarktin jälkeen eloon jäi noin 8 000 potilasta. Näistä potilaista kuntoutusta tarvitsevat ainakin 7 600 ensimmäisen sydänkohtauksen saaneista. Samana vuonna suoritettiin 3 800 sepelvaltimoiden ohitusleikkausta ja 5 400 pallolaajennusta. Myös nämä potilaat ovat ehdottomasti sekundaariprevention ja kuntoutuksen tarpeessa. Sekundaaripreventiolla tarkoitetaan jo todetun taudin etenemisen estämistä. Nuoremmissa ikäluokissa sairastavuus ja kuolleisuus ovat vähentyneet, minkä taustalla ovat edulliset muutokset primaarisissa riskitekijöissä, taudin parantunut hoito, sekä kohtauksen jälkeinen sekundaaripreventio ja kuntoutus. (Rissanen, Kallaranta & Suikkanen 2008, 363–381.)

Sydänpotilailla hoito, kuntoutus ja sekundaaripreventio limittyvät toisiinsa. Suomessa sydänpotilaille on tarjottu kuntoutusta 1960-luvulta lähtien. Tuolloin kuntoutuksen tavoitteena oli poistaa akuutin sydäninfarktin jälkeisen pitkän vuodelevon haittoja. Viime vuosikymmenien aikana liikunnallisen kuntoutuksen lisäksi on alettu kiinnittää huomiota kokonaisvaltaisemmin potilaan fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. (Rissanen ym. 2008, 363–381.)

Suomalaisessa sydänkuntoutuksessa ovat mukana erikoissairaanhoito, perusterveydenhuolto, työterveydenhuolto, kolmas sektori, kuntoutuslaitokset ja Kansaneläkelaitos (Kela). Kuntoutuslaitoksissa toteutettua sydänkuntoutusta on rahoittanut suurimmaksi osaksi Kela. Myös Sydänliitto ja Sydänpiirit ovat tukeneet kuntoutusta raha-automaattiyhdistyksen tuella. Kansanterveyslain 5 pykälän mukaan kunnan velvollisuus on järjestää asukkaittensa sairaanhoito ja kuntoutus. Niinpä sydänpotilaiden kuntoutuksen järjestäminen kuuluisikin perusterveydenhuollolle. Sydänliiton rooli kuntoutuksessa on kuitenkin hyvin keskeinen. Sen järjestämä kuntoutus tavoittaa noin 3000 henkilöä vuodessa. Sydänliiton kurssit järjestetään laitoksissa ja avohoidossa paikallisen terveydenhuoltohenkilökunnan kanssa. Kelan tarjoama kuntoutus rajoittuu alle 65-vuotiaisiin muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta. Kelan kuntoutuksen on tarkoitus vain täydentää perusterveydenhuollon kuntoutusta. Sydänkurseille osallistujia on viime aikoina ollut noin 1000 kuntoutujaa ja noin 500 omaista vuodessa. Laitoskuntoutuskäytännöt eivät Suomessa ole samalla tasolla kuin muutamissa Keski- ja Etelä-Euroopan maissa, joissa potilaat ohjataan suoraan sairaalajakson jälkeen laitokseen. (Hämäläinen & Röberg 2007a.)

Sairaalavaiheen lopussa sydänkuntoutujalle tehdään kuntoutussuunnitelma, jota päivitetään seurantakäynneillä. Ensimmäinen seurantakäynti on 3 - 4 viikkoa sairaalavaiheen jälkeen. Liikunnallinen kuntoutus on ensimmäisten sairaalavaiheen jälkeisten viikkojen aikana kevyttä, ja liikunnan kestoa ja tehoa lisätään asteittain, oireita kuunnellen. Ennen kotiinlähtöä tehtyä kliinistä rasituskoetta voidaan käyttää dynaamisen liikunnan asteen määrittämisessä. Jollei testiä ole tehty, ensimmäisinä päivinä syke saisi nousta kuormituksessa 20 lyöntiä lepotasoon verrattuna ja maksimisyke saisi olla 120/min. Sykkeen seuraaminen liikunnan aikana olisi suotavaa, jotta rasitustasot pysyisivät turvallisina. (Rissanen ym. 2008, 363–381.)

Jos sykemittarin käyttö ei onnistu, voidaan liikunnan rasittavuutta seurata myös Borgin asteikolla. Sen avulla kuntoutuja arvioi liikunnan rasittavuuden tason asteikolla 6 - 20. Alle 12 vastaa suhteellisen kevyttä rasitusta, ja 14–16 jo

rasittavaa. Alussa rasiuksen suositellaan olevan Borgin asteikolla 12–13 sydäntuntoutujilla ja kunnon kohotessa 14. Alkuvaiheessa sydäntuntoutujan liikunta on dynaamista, ja suuria lihasryhmiä kuormittavaa, esimerkiksi kävelyä tai pyöräilyä. Yksilöllisellä harjoitusryhmällä harjoitellaan vähintään 20 - 30 minuuttia. Alkulämmittely ja loppujäähdyttely ovat harjoittelussa tärkeitä. Myöhemmin liikunnalliseen kuntoutukseen tulisi kuulua myös lihasvoimaharjoittelua. Sydäntuntoutujien on kuitenkin vältettävä pitkiä, staattisia asentoja, joten harjoittelu toteutetaan dynaamisesti, suhteellisen pienellä kuormalla. (Rissanen ym. 2008, 363–381.)

Suomalaista sydäntuntoutusta on kritisoitu siitä, että vain 5 - 10 % asiakkaista ohjautuu nykyään jatkokuntoutukseen. Eriarvoisuutta esiintyy ikä- ja tuloryhmien välillä, kuntoutuksen saatavuudessa ja eri alueilla. Painotus työikäisistä on siirtynyt kuitenkin kohti iäkkäämpää potilasryhmää kohti. Ongelmat tiedostetaan, mutta niihin puuttuminen on vähäistä. Muita ongelmia ovat esimerkiksi puute kuntoutuksen asiantuntijoista kentällä ja kuntoutusasioiden arvostuksen puute. (Rantala 2007, 129 - 130.)

Sydänpotilaan hoitoketju

Akuutin sepelvaltimokohtauksen sairaalavaihe kestää nykyisin muutaman päivän. Sairaalavaiheen jälkeinen toipumisvaihe sydäninfarktin jälkeen kestää muutamasta viikosta useaan kuukauteen. Ensimmäinen seurantakäynti on 3 - 4 viikkoa sairaalavaiheen jälkeen. Julkisessa terveydenhuollossa tulee korostaa sekundaaripreventiivistä neuvontaa heti sairaalavaiheen jälkeen, kun potilas on yleensä vastaanottavaisin terveyskasvatukselle ja motivaatio kuntoutua on korkealla. Yksilöneuvonnan ohella sydäntietokurssit ovat hyödyllisiä varsinkin potilaille, joilla on biologisia vaaratekijöitä ja joita pyritään sitouttamaan hoitoon. Kurssi sisältää elämäntapaneuvontaa ja liikunnan ohjausta. Toipumisvaiheen ensimmäisten viikkojen aikana psykososiaalisella tuella on tärkeä rooli. Potilaalla ja omaisilla tulee olla mahdollisuus ottaa yhteyttä hoitavaan lääkäriin, kuntoutusohjaajaan tai infarktihoitajaan esiin tulevien kysymysten, mahdollisen

masennuksen ja pelkojen tiimoilta. (Rissanen ym. 2008, 363 - 381.)

Yhdysvaltalaisessa luokittelussa, joka on käytössä myös Suomessa, sydänpotilaat jaetaan pienen riskin, keskisuuren riskin, ja suuren riskin potilasryhmiin. DeBusk on määritellyt ryhmät seuraavasti: Pienen riskin potilaat ovat oireettomia tai vähäoireisia. Keskisuuren riskin potilailla on yli kolme kardiovaskulaarista vaaratekijää, eli stabiili angina pectoris, 2 - 6 viikkoa sitten sairastettu sydäninfarkti, oireileva sydämen vajaatoiminta tai aivo-ääreisverenkierron häiriö. Suuren riskin potilailla taas on todettu jokin seuraavista: epästabiili angina pectoris, hallitsematon hypertensio, vaikea oireileva vajaatoiminta, enintään kaksi viikkoa sitten ilmaantunut sydäninfarkti tai aivohalvaus, vaikea rytmihäiriö, kardiomyopatia taikka kohtalainen tai vaikea sydänläppävika. (DeBusk 2000; Vanhanen 2003, 230 mukaan.)

Pienen riskin potilaille annetaan sairaalassa kotiliikuntaohjeet. Jos liikuntaan liittyy pelkoa ja epävarmuutta turvallisen liikkumisen rajoista, voidaan potilas ohjata terveyskeskuksen fysioterapeutin yksilöneuvontaan tai fysioterapeutin ohjaamaan liikuntaryhmään. Kohtalaisen vaaran omaava potilas voi toipumisvaiheen lopussa osallistua sydänpotilaiden liikunnalliseen kuntoutukseen. Tätä ryhmää ohjaa asiaan erikoistunut fysioterapeutti. Suuren riskin potilaat voivat harjoitella vain terveyskeskuksen, sairaalan tai vastaavanlaisin turvallisuustoimin varustetussa kuntoutuslaitoksessa. Ohjaajan tulee olla hyvin aiheeseen perehtynyt ja vaaratilanteet tunteva fysioterapeutti. Hoitavan lääkärin tehtävä on arvioida yksilöllisesti potilaan tarvitsemat kuntoutustoimet. Vain ongelmatapaukset voidaan ohjata harkiten laituskuntoutukseen tarpeeksi aikaisessa vaiheessa, jotta saataisiin mahdollisimman suuri hyöty. Työhön paluuta pyritään suuren sydäninfarktin yhteydessä arvioimaan vasta mahdollisen invasiivisen hoidon eli pallolaajennuksen tai ohitusleikkauksen jälkeen. Vaikka infarkti olisi ollut pieni, ja toipuminen sujunut hyvin, voi työelämästä vetäytyminen olla tarpeen. Työpaikkalääkäri on usein paras työkykyisyyden arvioija. (Rissanen ym. 2008, 363 - 381.)

Toipumisvaiheen kuntoutuksen olisi tarkoitus tapahtua pääasiassa perusterveydenhuollossa. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon koordinaation puutteen takia sydänpotilaiden hoitoprosessissa on kuitenkin ilmeisiä puutteita. Sydänpotilaan pitkään kestävässä hoitoprosessissa korostuu toipilasvaiheen ohjauksen ja seurannan tärkeys, mutta käytännössä hoitoketju katkeaa usein sairaalavaiheen jälkeen. (Lukkarinen 1999, Ruotsalainen 2006; Hämäläinen & Röberg 2007 b, mukaan.) Kuntoutuksen kenttä on Suomessa hyvin pirstaleinen, ja toimijoita on monia, mutta monet sairaanhoitopiirit ovat onneksi jo aktivoituneet sydänpotilaiden kuntoutuksen liittämisessä hoitoketjun osaksi. Tietyillä alueilla hyvin toimivat Tulppa-ryhmät ovat myös sydänjärjestön ja perusterveydenhuollon tärkeän yhteistyön tulosta. (Hämäläinen & Röberg. 2007a, 3772 - 3773.)

5 SYDÄNKUNTOUTUKSEN VAIKUTTAVUUS

Sydänkuntoutuksen osa-alueiksi on listattu amerikkalaisessa julkilausumassa: potilaan tilanteen arviointi, ravitsemusneuvonta, aggressiivinen riskitekijöiden hoito, psykososiaalinen ja ammatillinen ohjaus, liikuntaneuvonta ja fyysinen harjoittelu. Sydänkuntoutuksen kohderyhmään kuuluvat sydäninfarkti-, ohitusleikkaus- ja pallolaajennuspotilaat sekä vakaata sydämen vajaatoimintaa sairastavat ja katkokävelyoireista kärsivät, uutta sydäntä odottavat ja sen saaneet sekä läppäleikatut potilaat. (Leon 2005; Hämäläinen & Röberg 2007b, 3771 mukaan.) Edellä mainittujen osa-alueiden lisäksi asianmukainen tieteelliseen näyttöön perustuva lääkehoito on tärkeää (Hämäläinen & Röberg 2007a).

Useissa tutkimuksissa on todettu, että kuntoutuksella on mahdollista vaikuttaa valtimotautien riskitekijöihin, sydän- ja kokonaiskuolleisuuteen (Taylor, Brown, Ebrahim, Jolliffe, Noorani, Rees, Skidmore, Stone, Thompson & Oldridge 2004, 682 - 692; Gayda, Brun, Juneau, Levesque & Nigam 2008, 142 - 151).

Elämänlaadun on koettu kohentuneen kuntoutuksen ansiosta (Clark, Hartling, Vandermeer, McAlister 2005, 659 - 672; Taylor ym. 2004, 682 - 692). Tutkimuksissa on erityisesti tarkasteltu liikunnallista kuntoutusta, ja sen vaikutuksia sairauteen. Lakan ja Rauramaan (2001) teettämässä katsauksessa todettiin, että sepelvaltimotaudin ehkäisyssä liikunnalla saadaan terveysvaikutuksia, mutta suojavaikutukset eivät säily, jos liikunnan harrastaminen lopetetaan. Liikunnan lisäksi on tutkittu psykologisen tuen ja riskitekijäneuvonnan merkitystä kuolleisuuteen. Pohjalaisen (2006) teettämässä katsauksessa todettiin, että sydänkuolleisuus oli 5 % matalampi verrattuna pelkkää liikunnallista kuntoutusta saaneisiin henkilöihin. (Clark ym. 2005; Pohjalainen 2006, 3 - 18.)

Australialaisen meta-analyysin mukaan viimeaikaisissa tutkimuksissa on todettu, että kevyt liikunnallinen harjoittelu voi olla yhtä hyödyllistä sydänkuntoutujille kuin raskas harjoittelu. Lisäksi se on näistä kahdesta turvallisempi vaihtoehto. Kevyttä harjoittelua voi siis harjoittaa myös ilman ammattilaisen valvontaa, ja se voi monille ihmisille olla mieltuisampi liikuntamuoto, kuin raskas harjoittelu. Tärkeää sydänkuntoutujien liikunnallisessa harjoittelussa on myös yksilöllisten harjoitusohjelmien laatiminen. Niiden tavoitteena tulisi aina olla kuntotaso, joka tukee itsehoitoa, parantaa elämänlaatua ja itsevarmuutta sekä rauhoittaa potilaiden omaisia. (Gassner, Dunn, Piller 2003, 258 – 265.)

Toisaalta eräässä amerikkalaisessa tutkimuksessa verrattiin runsaasti kaloreita kuluttavaa harjoittelua sydänkuntoutuksessa normaalisti tehtävään harjoitteluun sepelvaltimopotilailla. Tutkimuksessa oli kaksi ryhmää. Ryhmä 1. harjoitteli 5 - 7 kertaa viikossa, 45–60 minuuttia kerrallaan. Viikon aikana harjoittelussa kulutettu kalorimäärä oli 3000 - 3500 kilokaloria. Ryhmä 2. harjoitteli 3 kertaa viikossa, 25–40 minuuttia kerrallaan. Harjoittelussa kulutettu kalorimäärä viikossa oli 700–800 kilokaloria. Interventio kesti 5 kuukautta. Ryhmä 1. laihtui puolet enemmän ($8,2 \pm 4$ versus $3,7 \pm 5$ kg; $p < 0,001$), ja sen rasvamassa väheni puolet enemmän kuin ryhmän 2. Ryhmän insuliinin vastustuskyky ja

metabolisen oireyhtymän vaaratekijät vähenivät enemmän toiseen ryhmään verrattuna. Sydäntautien riskitekijät, kuten korkea verenpaine, insuliini- ja triklyseridipitoisuus laskivat korkean kalorinkulutuksen harjoittelulla enemmän kuin normaalilla sydänkuntoutusharjoittelulla. (Ades, Savage, Toth, Harvey-Berino, Schneider, Bunn, Audelin, Ludlow 2009, 2671 - 2678.)

Kela myönsi Suomessa kuntoutusta vuonna 2008 yhteensä 11660 henkilölle, jotka sairastivat verenkiertoelinsairauksia, iskeemistä sydänsairautta tai aivoverisuonien sairauksia (Kelan kuntoutustilasto 2008). Vuonna 2008 sairauspäivärahaa sai verenkiertoelinten sairauksiin 18031 henkilöä (Kela 2009). Sydänkuntoutus saattaa olla kustannuksiltaan halvempaa (2900 €/life years gained =LYG) kuin esimerkiksi invasiiviset toimenpiteet ja lääkehoidot (ohitusleikkaus 4800–6800 €/LYG). Kustannukset oli arvioitu jokaista säästettyä elinvuotta kohti. Rantalan ja Virtasen (2008) tekemässä katsauksessa vertailtiin sydänkuolleisuutta vähentävien hoitomuotojen kustannuksia. Tehokkuutta voidaan myös Rantalan mukaan vertailla tutkimalla NNT (number needed to treat) eli kuinka monta asiakasta on kuntoutettava, jotta yksi asiakas hyötyisi kuntoutuksesta. Joidenkin lähteiden mukaan luku on 32–72. (Oldridge ym. 2002, Rantalan & Virtasen 2008, 259 mukaan.)

Sydäninfarktin jälkeisillä matalan riskin potilailla tehdyssä tutkimuksessa verrattiin kuuden viikon sydänkuntoutuksen ja normaaliin elämään palaamisen kustannustehokkuutta. Tutkimuksessa mitattiin myös potilaiden elämänlaatua ja työhön palaamista, eikä näissä muuttujissa ollut eroa kuntoutuksessa käyneen ryhmän ja arkielämään palanneen ryhmän välillä. Terveyspalveluiden säästämä summa, kun sydänkuntoutukseen osallistui vain korkean riskin potilaita, oli noin 300 Australian dollaria, noin 220 €, (1999) yhtä matalan riskin potilasta kohden. Niinpä aikainen palaaminen normaaliin elämään ilman virallista kuntoutusta on kustannustehokasta matalan riskin sydäninfarktipotilailla. (Hall, Wiseman, King, Ross, Kovoov, Zecchin, Moir & Denniss 2002, 10 - 18.)

6 KUNTOUTUKSEEN OSALLISTUMISEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

Kelan sydänkursseja ja laajemmin koko sydänkuntoutusta tarkastelevassa katsauksessa kävi ilmi palveluketjun toimimattomuudesta johtuvia ongelmia sydänpotilaiden hoitopolussa ja kuntoutukseen ohjautumisessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL 2002) on määritellyt palveluketjun seuraavasti: Palveluketju on saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuva, sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittävä, suunnitelmallinen ja yksilöllisesti toteutuva palveluprosessin kokonaisuus. (Hämäläinen & Röberg 2007b, 61-64.)

Kela järjestää sydänkuntoutuskursseja työikäisille (16 – 64-v.) sydänpotilaille, joille sairaus aiheuttaa fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia rajoituksia. Myös työelämästä poissa oleville, yli ja alle 65-vuotiaille järjestetään sydänkuntoutuskursseja. Nämä kurssit on tarkoitettu ensisijaisesti niille, joille sairauden tuomien rajoitusten myötä kotona selviytyminen on vaarantumassa, ja tukea tarvitaan. Tutkimukseen osallistuneista Kelan sydänkurssilaisista sairaalavaiheen aikana vain 12 % oli saanut tietoa Kelan järjestämästä sydänkuntoutuksesta. Noin joka neljännen potilaan kanssa ei ollut sovittu lainkaan jatkohoidosta heidän poistuessaan sairaalasta. Kävi ilmi, että hyvä hoitosuhde oli todennäköisesti auttanut kuntoutukseen ohjautumista oikeaan aikaan. Tällöin potilas oli myös itse ollut aktiivinen. Voidaan todeta, että kurseille hakeutuminen on jokseenkin sattumanvaraista, ja vain harva lääkäri lähettää potilaansa kurssille. Työikäisille työterveyshuollolla on tärkeä rooli työkyvyn ylläpitämisessä, mutta työttömät ja eläkeläiset ovat huonommassa asemassa. Heidän oma aktiivisuutensa onkin tärkeää. Tutkimuksessa todetaan myös, ettei nykymuotoinen parin viikon sydänkurssi, ja muutaman kuukauden jälkeinen seurantajakso riitä, vaan seuranta tarvittaisiin pidemmällä aikavälillä. Näin nähtäisiin pysytäänkö asetetuissa tai saavutetuissa tavoitteissa. (Hämäläinen & Röberg 2007b, 34-58.)

Kelan vuonna 2005 julkaisemassa Hyvä kuntoutuskäytäntö -suosituksessa optimaiaika sydänkurssin käymiselle olisi 3 - 6 kuukautta akuutin sydäninfarktin tai invasiivisten hoitotoimenpiteiden jälkeen. Selvityksen mukaan keskimääräinen odotusaika kursseille oli lähes puoli vuotta kuntoutushakemuksen täyttämisestä. Neljäsosa kurssilaisista tunsu sydänkurssin olevan heidän tarpeisiinsa nähden liian myöhään. (Hämäläinen & Röberg 2007b, 135.)

Kansainvälisten tutkimusten mukaan sydänkuntoutukseen osallistumiseen vaikuttavat ikä, sukupuoli, työ, talous, sosiaaliset suhteet, kuinka potilas tuntee sairautensa ja mikä on välimatka kuntoutuspaikalle. Heikentävinä tekijöinä on ilmennyt naissukupuoli, korkea ikä, köyhyys, vähäiset sosiaaliset suhteet ja pitkä välimatka. Yksityisyrittäjän on helpompi osallistua kursseille kuin toisen palveluksessa työskentelevän. Kuntoutuksen on toivottu sijoittuvan iltoihin ja viikonloppuihin. (Hagan, Botti, Watts 2007, 105 - 113; Komorowsky, Desiderj, Rozbowsky, Sabbadin, Celegon, Gregory 2008, 979 - 985; Wyer, Joseph, Earl 2001, 171 - 177.)

7 SYDÄNYHDISTYKSEN JA DIABETESYHDISTYKSEN TARJOAMA RYHMÄTOIMINTA LAPPEENRANNASSA

Tässä opinnäytetyössä pyrimme selvittämään, millaisia Tulppa-kuntoutujien jatkokuntoutusta tukevia ryhmiä Sydän- ja Diabetesyhdistys tarjoavat Lappeenrannassa. Yksi tavoitteista oli löytää kehittämis ehdotuksia yhdistysten tarjoamaan kuntoutustoimintaan.

Keväällä 2011 Lappeenrannan Sydänyhdistyksen kuntouttavaan toimintaan kuuluu neljä liikuntaryhmää, joista kaksi on tarkoitettu naisille, yksi miehille, ja yksi on sekaryhmä. Kertamaksu ryhmään on 5 euroa, ja kymmenen kerran sarja maksaa 50 euroa. Lääkärin läheteellä ryhmistä voi hakea Kela-korvausta. Ryhmiä ohjaa fysioterapeutti. Kuntosaliryhmä kokoontuu kerran viikossa OMT-

keskus Lehmuksessa. Kolmen tunnin vuoro maksaa kuntoutujalle 5 euroa kerta tai 15 euroa kuukaudessa. Ohjaava fysioterapeutti on tunnin ajan käytettävissä kuntosalivuoron aikana. Uutena yhdistys tarjoaa Pumpput kuntoon - liikuntaryhmiä, joihin kuuluu Boccia-ryhmä yhdessä Diabetesyhdistyksen kanssa, kuukauden keilakurssi, tuolijumppa/venyttelyryhmä ja allasryhmä kerran viikossa sekä kävelyryhmä. Boccia- ja kävelyryhmää lukuun ottamatta ryhmät ovat maksullisia. (Lappeenrannan Sydänyhdistys ry 2011, 14). Tähän asti Tulppa-kuntoukseen osallistuneita henkilöitä ei yhdistyksen ryhmissä ole juurikaan käynyt (Heimala 2010). Liikunnallisen kuntoutuksen lisäksi Sydänyhdistyksen järjestämänä toimii Sydänkerho, jossa käy asiantuntujaluennoitsijoita, askartelukerho ja käsityökerho. Yhdistys järjestää myös RAY:n avustamia sydänkuntoutuskursseja uusille sydänpotilaille ja heidän läheisilleen sekä erikseen sydänleikatuille. Muun toiminnan ohella järjestetään myös erilaisia matkoja ja tapahtumia. (Lappeenrannan Sydänyhdistys ry 2011, 4-5.)

Lappeenrannan Diabetesyhdistys järjestää kerran viikossa yhdessä Sydänyhdistyksen kanssa kokoontuvan Boccia-kerhon, jossa käy 15 - 20 henkilöä. Kerho kestää 2,5 tuntia. Boccian pelaaminen on kevyttä, mutta pelaamisen aikana voi jutella muiden kerholaisten kanssa. Diabetesyhdistys ei tällä hetkellä tarjoa muunlaista liikunnallista ryhmätoimintaa. Kerran kuukaudessa yhdistyksen järjestämänä kokoontuu perhekerho, johon voivat osallistua perheet, joissa on alle 15-vuotias diabetesta sairastava lapsi. Kaikille avoin kerhoilta järjestetään myös kerran kuukaudessa. Lisäksi yhdistyksen toimintaan kuuluu kevät- ja syysretket sekä kokoukset, joiden lisäksi yhdistyksen hallitus kokoontuu kerran kuussa. Ongelma ryhmätoiminnan järjestämisessä on toiminnan koordinoinnissa. Yhdistyksessä ei tällä hetkellä toimi ketään, joka ottaisi vastuulleen ohjata esimerkiksi liikuntaa. Liikunnalliseen toimintaan yhdistyksen budjetista on varattu 600 euroa. Diabetesyhdistyksen toimintaan voi osallistua olematta yhdistyksen jäsen. Ilmoitukset järjestetystä toiminnasta näkyvät yhdistyksen jäsentiedotteessa järjestötoimintapalstalla, Etelä-Saimaa-lehdessä sekä Lappeenrantalainen lehdessä. (Räsänen 2010.)

8 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää Lappeenrannan terveysaseman Tulppa-avokuntoutukseen osallistuneiden hakeutumista jatkokuntoutukseen ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Lisäksi pyrittiin selvittämään jatkokuntoutuksen kehittämisideoita. Tutkimuksessa keskityttiin vain Lappeenrannan terveysaseman Tulppa-ryhmiin, koska yhdistysten toiminta keskittyy pääasiassa kyseiselle alueelle. Tässä tutkimuksessa jatkokuntoutuksella tarkoitetaan Tulppa-kuntoutusjakson jälkeistä aikaa. Tutkimuksessa haettiin vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin.

1. Mitkä tekijät vaikuttavat Lappeenrannan terveysaseman Tulppa-kuntoutujien jatkokuntoutukseen hakeutumiseen?
2. Kuinka Lappeenrannan terveysaseman Tulppa-kuntoutujien jatkokuntoutusmahdollisuuksia tulisi kehittää?

9 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

Opinnäytetyö toteutettiin ryhmähaastattelu- ja kyselytutkimuksena, jonka tavoitteena oli selvittää Lappeenrannan terveysaseman Tulppa-avokuntoutukseen osallistuneiden hakeutumista jatkokuntoutukseen ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Aineiston analysoinnissa käytettiin sekä laadullisia että määrällisiä analysointimenetelmiä.

Opinnäytetyöprosessin eteneminen	
Ideapaperi	12/2009
Tutkimussuunnitelma	03/2010
Tutkimuslupa	03/2010
Ryhmähaastattelu	05/2010
Kyselylomakkeen laatiminen	06-07/2010
Kyselylomakkeen lähettäminen	09/2010
Aineiston analysointi	10-11/2010
Raportin kirjoittaminen	11/2010 - 01/2011
Viittä vaille valmis- seminaari	02/2011
Opinnäytetyön palauttaminen	02/2011

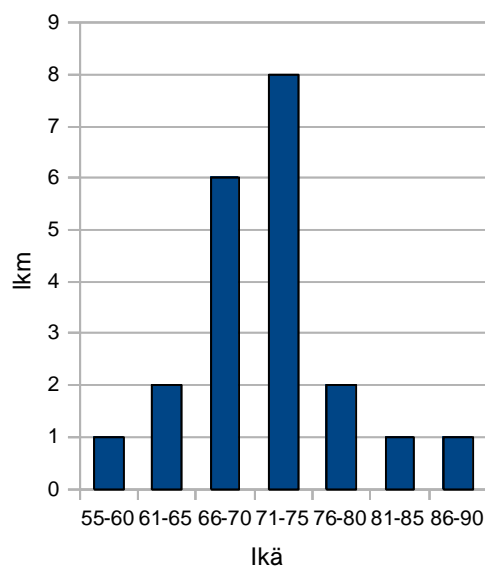
9.1 Tutkimushenkilöt

Tutkimuksen perusjoukkoon kuuluvat kaikki Lappeenrannan terveysasemalla Tulppa-ryhmän aikavälillä syksy 2008 syksy 2009 aloittaneet henkilöt (N=35). Valitsimme kyseiset ryhmät, koska ennen syksyä 2008 aloittaneiden henkilöiden kuntoutuksesta on pitkä aika. Tämä saattaisi vaikuttaa heidän vastauksiinsa kyselyssä. Syksyn 2009 jälkeen aloittaneet eivät ole ehtineet osallistua kuntoutukseen tarpeeksi pitkään, jolloin he eivät pysty vastaamaan jatkokuntoutusta koskeviin kysymyksiin.

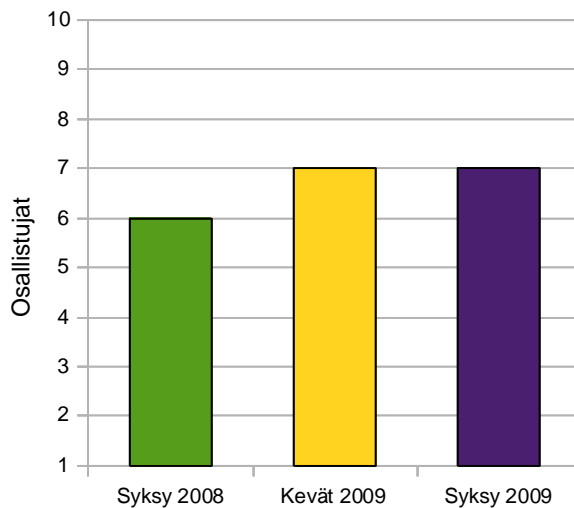
Ryhmähaastatteluun valittiin syksyllä 2009 aloittanut Tulppa-ryhmä. Tähän

valintaan päädyttiin, koska ryhmän kuuden kuukauden kokoontuminen sijoittuu opinnäytetyölle otolliseen ajankohtaan. Valitusta ryhmästä haastattelimme kolmea vapaaehtoista henkilöä. Ryhmähaastattelun sisäänottokriteerinä on syksyllä 2009 Lappeenrannan terveysasemalla Tulppa-kuntoutuksen aloittaminen. Ryhmähaastattelulla saatujen tulosten pohjalta laadittiin puolistrukturoitu kyselylomake, joka lähetettiin 25:lle Lappeenrannan terveysasemalla aikavälillä syksy 2008 syksy 2009 aikana Tulppakuntoutuksen aloittaneelle henkilölle.

Lähetetyistä 25 kyselylomakkeesta 21 palautettiin. Vastausprosentiksi saatiin 84 %. Vastaajista 13 oli naisia ja kahdeksan miehiä. Ikäjakauma on esitetty kuviossa 1.



Kuvio 1 Vastaajien ikäjakauma



Kuvio 2 Tulppa-kuntoutuksen aloittaminen

Vastaajista 11 asui kumppanin kanssa ja 10 yksin. Valtimotauti oli todettu 16:lla ja 4 kuului valtimotaudin riskiryhmään. Yksi vastaaja oli rastittanut molemmat vaihtoehdot. Kuusi henkilöä oli aloittanut Tulppa-kuntoutuksen syksyllä 2008, 7 henkilöä keväällä 2009 ja 7 henkilöä syksyllä 2009 (kuvio 2). Yhdessä lomakkeessa ei ollut vastausta Tulppa-kuntoutuksen aloitusajasta. Suurin osa (71,4 %) vastaajista ei ollut osallistunut yhdistysten toimintaan. Eräs vastaajista kertoi lähettäneensä kyselyn Sydänyhdistykselle, mutta siihen ei vastattu (lomake 16). Sydänyhdistyksen toimintaan oli osallistunut 9,5 % vastaajista ja 14,3 % jonkin muun kuin Sydän- tai Diabetesyhdistyksen toimintaan. Vastauksissa mainittiin terveyskeskus ja Etelä-Karjalan Hengitysyhdistys. Yksi henkilö ei vastannut kysymykseen.

9.2 Tutkimusmenetelmät ja tiedonkeruu

Tämä opinnäytetyö on laadullinen eli kvalitatiivinen kyselytutkimus. Laadullisessa tutkimuksessa tarkastellaan tapahtumien yksityiskohtaisia rakenteita, eikä niiden yleisluonteista jakautumista. Kiinnostuksen kohde on jonkin tapahtuman tiettyjen toimijoiden merkitysrakenteiden kuvaamisessa. Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä kontrolloituun koetilanteeseen, vaan yritetään säilyttää tilanne mahdollisemman luonnollisena. Kvalitatiivisella

tutkimuksella pyritään usein saamaan tietoa tapausten syy–seuraussuhteista. (Syrjälä 1994, 12–13, Metsämuurosen 2006. mukaan.) Laadullinen tutkimus perustuu paljon tutkijan omaan päättelykykyyn. Tämän takia laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistämään tuloksia (Metsämuuronen 2006).

Tutkimusmenetelmänä olivat ryhmähaastattelu ja puolistrukturoitu kyselylomake.

9.2.1 Ryhmähaastattelu

Tässä opinnäytetyössä valittiin yhdeksi tiedonkeruumenetelmäksi ryhmähaastattelu (Liite 1). Menetelmään päädyttiin, koska sen avulla saadaan helposti ja nopeasti esille tärkeimpiä teemoja. Esille nousseet teemat ohjasivat kyselylomakkeen laatimista.

Ryhmähaastattelu voi olla hyvin strukturoitu tai se voi muistuttaa enemmän ryhmässä tapahtuvaa teemahaastattelua. Näin haastattelijan roolikin voi vaihdella kysymysten esittäjästä ja vastausvuorojen jakajasta lähes havainnoitsijan rooliin. (Pötsönen & Välimaa 1998.) Ryhmähaastattelulla on mahdollisuus kerätä tietoa moniulotteisesti: Ei vain, mitä on tapahtunut ja mitä mieltä jostain asiasta ollaan, vaan miten ja miksi, sekä minkälaisia näkemyksiä, kokemuksia, asenteita ja odotuksia aiheeseen liittyy. Menetelmä on myös joustava, nopea ja kustannuksiltaan kohtuullinen sekä yleensä paljon tietoa antava. Haastattelijan vaikutus on ryhmähaastattelussa yksilöhaastattelua pienempi. Ryhmän jäsenet voivat stimuloida toisiaan tuomaan esille sekä yhteneviä, että toisistaan eriäviä näkemyksiä. (Krueger 1994, Morgan 1988, Basch 1987, Bertrand ym. 1992; Pötsönen & Välimaa 1998. mukaan.)

Ryhmähaastattelun rajoitukset, kuten vähemmistön mielipiteiden katoaminen, osallistujien tietosuoja ja vain sosiaalisesti suotavien vastausten antaminen on otettava huomioon. Haastattelijan onkin oltava harjaantunut ryhmätilanteissa ja osattava hallita haastattelutilannetta niin, ettei siitä koidu vahinkoa

haastateltaville, ja että erilaiset näkemykset tulisivat ilmi. (Krueger 1994, Morgan 1988, Basch 1987, Steward & Shamdasani 1990, Smith 1995; Pötsönen & Välimaa 1998 mukaan.) Ryhmähaastattelun voi yhdistää muihin tutkimusmenetelmiin, koska erilaiset menetelmät tuovat käsiteltävään teemaan uutta syvyyttä ja laajuutta (Pötsönen & Välimaa 1998).

Tässä opinnäytetyössä kaikki ryhmähaastatteluun osallistujat täyttivät suostumuksen (Liite 2). Haastattelu eteni melko vapaan keskustelun tavoin. Haastattelija esitti kysymyksen (Liite 1), josta haastateltavat keskustelivat. Haastattelijat ohjasivat keskustelua aiheesta toiseen ja jakoivat tarvittaessa puheenvuoroja. Keskustelu eteni luontevasti, tosin välillä se ajautui opinnäytetyön kannalta epäolennaisiin aiheisiin. Tällöin haastattelijoiden tuli ohjata keskustelu takaisin käsiteltävään aiheeseen. Esille nousseet teemat vahvistivat ennakkokäsityksiämme siitä, mitä kyselylomakkeessa tulisi käsitellä.

Haastattelu kesti noin tunnin, ja se äänitettiin. Äänitetystä materiaalista poimittiin tärkeimpiä esille nousseita teemoja, joita hyödynnettiin puolistrukturoidun kyselylomakkeen laatimisessa. Esille nousi, että vaikka jokin jatkokuntoutusryhmä olisikin, ei siihen välttämättä tulisi lähdettyä. Tämän pohjalta päädyimme kyselylomakkeella kysymään, onko ryhmämuotoiselle kuntoutukselle ylipäättään tarvetta. Ryhmähaastattelussa kävi myös ilmi, että ryhmistä annettava tieto voisi olla ”helpommassa paketissa”. Kysyimme kyselylomakkeella, millä tavoin tietoa ryhmistä haluttaisiin saada. Haastateltavat mainitsivat myös, että aamulla ja aamupäivällä jaksaisi paremmin tulla ryhmään. Niinpä kyselylomakkeessa kysyimme kuntoutusryhmätoiveissa tarkemmin ryhmän kokoontumisajankohtaa.

9.2.2 Kysely ja kyselylomakkeen laatiminen

Kysely on tehokas tapa kerätä laaja tutkimusaineisto. Se tunnetaan myös survey-tutkimuksena eli standardoituna aineiston keruuna, johon valitaan otos tai näyte tietyistä tutkimuspopulaatiosta. Standardoidussa kyselyssä kysytään

kaikilta vastaajilta tietyt kysymykset samalla tavalla. Kyselyn etuna on se, että sen avulla voi kysyä monia asioita, ja aineisto voidaan nopeasti analysoida tietokoneen avulla. Tämä edellyttää kuitenkin kyselylomakkeen huolellista suunnittelua. Kysely-tutkimuksen aikataulu ja kustannukset pystytään melko tarkasti arvioimaan. (Hirsijärvi, Remes, Sajavaara 2007, 188 - 192.)

Kyselyä on toisaalta pidetty pinnallisena ja teoreettisesti vaatimattomana. Tutkimustulosten tulkinnassa voi esiintyä ongelmia, sillä ei voida olla varmoja, onko vastaaja ymmärtänyt kysymyksen väärin, tai kuinka vakavissaan hän on vastannut. Vastaaja ei välttämättä ole tarpeeksi perillä asiasta, jota kysytään, eivätkä vastaustulokset tämän takia ole luotettavia. Kato tutkimusotoksessa on myös kyselyn yleinen ongelma. Kysymykset voivat olla avoimia, monivalintakysymyksiä, avointen ja monivalintakysymysten sekoituksia, tai perustua asteikkoihin tai skaaloihin. Kyselylomakkeen laatimiseen vaaditaan monenlaisia tietoja ja taitoja. Kysymysten määrää ja järjestystä, vastausvaihtoehtoja, ja monia muita seikkoja on mietittävä tarkkaan, jotta kyselyllä saataisiin tutkittua juuri sitä, mitä on ollut tarkoituskin, eivätkä tulokset ole sattumanvaraisia. Kyselylomake voidaan testata ulkopuolisilla henkilöillä kysymysten ymmärrettävyyden varmistamiseksi. (Hirsijärvi ym. 2007, 190 - 199.)

Kyselylomakkeen laatimisessa tukeuduttiin ryhmähaastattelun lisäksi tutkijoiden omaan esiymmärrykseen tutkittavasta ilmiöstä. Esiymmärrys opinnäytetyön aiheesta perustui aiheesta haettuun tutkimustietoon. Myös opinnäytetyöprosessin aikana käydyn Tulppa-ohjaajakoulutuksen tietoja hyödynnettiin työssä. Lisäksi fysioterapeutti-koulutuksen aikana saadut tiedot oppikursseilta tukivat aiheen esiymmärrystä.

Kyselylomakkeen avulla (Liite 4) selvitettiin, millaiseen jatkokuntoutukseen Tulppa-kuntoutuja on hakeutunut kuntoutuksen päätyttyä, onko henkilölle tarjottu tietoa jatkokuntoutuksesta ja millaista omatoimista liikuntaa henkilö harrastaa tai on harrastanut. Lisäksi pyrittiin selvittämään jatkokuntoutukseen

osallistumiseen vaikuttavia tekijöitä, ja millaisia jatkokuntoutustoiveita vastaajalla on.

Kyselylomakkeen ensimmäisessä osiossa kysyttiin henkilön taustatietoja (Liite 4 1/3). Aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että ikä, sukupuoli ja sosiaaliset suhteet, tässä tapauksessa asuuko yksin vai yhdessä, vaikuttavat kuntoutukseen osallistumiseen (Hagan ym. 2007, 105 - 113; Komorowsky ym. 2008, 979 - 985; Wyer ym. 2001, 171 - 177).

Jatkokuntoutukseen osallistumista kysyttiin lomakkeen toisessa osiossa (Liite 4 2/3). Kysymykset olivat strukturoituja, ja vastaaminen tapahtui rastittamalla vastaajalle sopiva vaihtoehto. Lisäksi oli avoimia kysymyksiä, joihin vastattiin niille varatuille viivoille. Avoimilla kysymyksillä annetaan mahdollisuus tuoda esille tarkentavia tekijöitä ja asioita, jotka eivät tule esille strukturoidussa vastauksessa (Hirsjärvi ym. 2007, 194).

Kyselylomakkeen kolmannessa osiossa (Liite 4 3/3) kysyttiin jatkokuntoutukseen osallistumiseen vaikuttavia tekijöitä avoimin kysymyksin. Vastaaja sai siis kirjoittaa vastauksen omin sanoin viivoille. Kelan sydänkuntoutusta tarkastelevassa katsauksessa kävi ilmi sairaalavaiheen lopun riittämätön jatkokuntoutukseen ohjaaminen sekä lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan tiedon jako. Tämän takia kyselylomakkeessa kysytään tiedon saannista. (Hämäläinen & Röberg 2007b.)

Perheen tuen merkitystä jatkokuntoutukseen osallistumiseen kysytään erikseen. Kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu perheeltä tukea saavien osallistuvan todennäköisemmin kuntoutukseen kuin perheettömien. Toisaalta perheen tuomat velvollisuudet voivat tutkimusten mukaan estää kuntoutukseen osallistumista. Vastaajia pyydettiin kertomaan jatkokuntoutukseen liittyviä toiveita. Aiemmissa tutkimuksissa kuntoutuksen on toivottu sijoittuvan iltoihin ja viikonloppuihin ja välimatkalla kuntoutuspaikalle on todettu olevan merkitystä kuntoutukseen osallistumiseen. (Hagan ym. 2007, 105 - 113; Komorowsky ym.

2008, 979 - 985; Wyer ym. 2001, 171 - 177.) Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen: Mitkä tekijät vaikuttavat Lappeenrannan terveystaseman Tulppa-kuntoutujien jatkokuntoutukseen hakeutumiseen? pyrittiin saamaan vastauksia kaikissa osioissa. Kyselylomakkeen lopussa esitettävillä kysymyksillä pyrittiin saamaan vastauksia toiseen tutkimuskysymykseen: Kuinka Lappeenrannan terveystaseman Tulppa-kuntoutujien jatkokuntoutusmahdollisuuksia tulisi kehittää?

Kyselylomakkeen laatimisessa hyödynnettiin ryhmähaastattelusta saatuja vastauksia sekä aiemmissa tutkimuksissa esille tulleita tekijöitä. Kyselylomake esitettiin Tulppa-kuntoutuksen ulkopuolisilla henkilöillä. Lomakkeet vietiin Tulppa-ohjaajalle, joka postitti ne 25:lle Tulppa-kuntoutuksen syksystä 2008 syksyyn 2009 aloittaneelle henkilölle. Tutkimuksen ulkopuolelle tässä vaiheessa jäi siis kymmenen henkilöä, koska heistä osa ei ollut ilmoittautumisesta huolimatta aloittanut kuntoutusta ja osa oli lopettanut muutaman kokoontumiskerran jälkeen. Kyselyn lisäksi tutkittavat saivat kirjekuoressa saatekirjeen sekä kyselyn palautuskuoren, jossa täytetty kyselylomake oli määrä postittaa opinnäytetyön tekijöille kahden viikon kuluessa. Kukin kirjekuori oli koodattu numerolla, jotta mahdollisen kyselyn uusintakierroksen yhteydessä Tulppa-ohjaaja tietäisi, keille kysely lähetettäisiin. Tutkimushenkilöiden henkilöllisyys ei missään vaiheessa tullut tutkimuksen tekijöiden tietoon. Kysely suoritettiin kaksi kertaa, ja toisen kierroksen jälkeen vastausprosentiksi saatiin 84 %, eli 21 lomaketta palautettiin.

9.3 Aineiston analysointi

Sisällönanalyysia käytetään esimerkiksi erilaisten tekstien, kuvien ja puheen analysoinnissa. Tekstit voivat olla mitä tahansa haastattelusta sanomalehtiin ja laulun sanoihin. Analyysissä pyritään muodostamaan ryhmiä tai teemoja aineiston sisällöstä. (Tuomi & Sarajarvi 2009.)

Sisällönanalyysi voi olla aineistolähtöistä, teorialähtöistä tai teoriaohjaavaa.

Opinnäytetyössä käytettiin teoriaohjaavaa sisällönanalyysia. Se etenee kuin aineistolähtöinen sisällönanalyysi, tosin abstrahointivaiheessa aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin. Sisällönanalyysin vaiheita on kuvattu seuraavasti. Aluksi tutkijan on "herkistyttävä" omalle aineistolle eli tunnettava se perinpohjaisesti ja hallittava keskeiset käsitteet teoreettisen kirjallisuuden avulla. Seuraavaksi aineisto sisäistetään eli teoretisoidaan, minkä jälkeen se luokitellaan pää- ja alakategorioihin eli teemoihin. Teoreettiset käsitteet on luotu valmiiksi ja ne pohjautuvat aiempaan tutkimustietoon aiheesta. Menetelmän heikkoutena on, että aineistoa analysoitaessa tutkijalla on valmiina mielessään teoria, jonka avulla hän lähestyy aineistoa ja poimii siitä käsitteitä ja ilmauksia, tai hän voi analysoinnin aikana pakottaa tulokset mahtumaan tietynlaiseen "muottiin". Tämän seurauksena olisi kaksi erilaista tulosta. (Tuomi & Sarajärvi 2009.)

Tässä työssä analysointi aloitettiin numeroimalla saadut vastaukset ja lukemalla ne läpi useaan kertaan. Taustalla oleva teoratieto ohjasi aineiston sisäistämistä. Vastaukset koottiin yhteen ja luokiteltiin kysymysten mukaan. Alkuperäiset ilmaukset pelkistettiin. Pelkistetyistä vastauksista muodostettiin ryhmiä alaluokiksi. Alaluokkia yhdistämällä muodostettiin yläluokat, ja yläluokista pääluokat. Analysoinnista jätettiin pois tyhjät vastaukset.

Tutkimuksen kyselylomakkeen osioiden 1. ja 2. kysymykset analysoitiin Windows SPSS 19.0 -ohjelmalla. Lomakkeessa käytettiin luokitteluasteikon ja suhdeasteikon taseisia muuttujia kuvaamaan taustamuuttujia, kuten sukupuolta ja ikää. Luokitteluasteikon taseiset muuttujat eivät ole asetettavissa mitattavan ominaisuuden mukaan järjestykseen, eivätkä ne ilmennä määrää. Muuttujalla kuvataan, ovatko ne samanlaisia vai erilaisia. Suhdeasteikolla on absoluuttinen nollapiste, ja sillä voidaan mitata numeraalisia muuttujia. Suhdeasteikon etuna on sen helppokäyttöisyys, saadut arvot voidaan esimerkiksi asettaa järjestykseen. Saaduista muuttujista tutkitaan muuttujien frekvenssit eli havaintojen lukumäärät. Lopuksi tulokset kuvataan pylväsdiagrammilla. (Heikkilä 2008, 80.)

Saadut tulokset muutettiin numeeriseen muotoon ja analysoitiin ristiintaulukoinnilla. Ristiintaulukoinnilla voidaan tutkia kahden muuttujan välistä riippuvuutta. Tutkimme iän ja sukupuolen vaikutusta jatkokuntoutukseen ja yhdistysten toimintaan osallistumiseen sekä tietoisuuteen yhdistysten toiminnasta. Lisäksi analysoitiin asumismuodon vaikutusta jatkokuntoutukseen osallistumiseen. Tilastollista merkitsevyyttä testataan saaduista tuloksista χ^2 -riippumattomuustestillä. Tilastollisen merkitsevyyden rajaksi asetettiin $P < 0,05$. (Heikkilä 2008, 210.)

9.4 Eettisyys

Opinnäytetyöprosessin aikana tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Tämä tarkoittaa muun muassa sitä, että tutkimuksessa saatua tietoa ei vääristellä, lähteet ovat totuudenmukaiset ja niitä ei väärinkäytetä. Tutkimuksen suunnittelu, toteutus ja tulokset tulee raportoida totuudenmukaisesti ja tieteellisen tutkimuksen edellyttämällä tavalla. Tulosten yleistettävyydessä tulee olla kriittinen, eikä tätä tule tehdä harhaanjohtavasti. Tässä työssä emme siis voi yleistää saatuja tuloksia kaikkiin Tulppa-kuntoutujiin. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu lisäksi tutkimukseen osallistuvien henkilöiden oikeudet. Osallistujilta tulee pyytää kirjallinen suostumus, heille tulee kertoa vapaaehtoisuudesta osallistua ja saatua materiaalia tulee säilyttää oikein. (Hirsjärvi ym. 2007, 22 - 24; Tuomi & Sarajärvi 2009)

Opinnäytetyössämme ryhmähaastatteluun osallistuneilta henkilöiltä pyydettiin kirjallinen suostumus (Liite 2) ja heille kerrottiin osallistumisen olevan vapaaehtoista. Vapaaehtoisille henkilöille tulee korostaa saadun tiedon salassapitoa, että heidän antamansa tiedot eivät tule julkiseen tietoon. Terveyskeskuksessa potilaiden yhteystiedot ovat salaisia, joten Tulppa-ohjaaja postitti kyselylomakkeet. Kyselyyn vastanneiden henkilöllisyys ei koskaan opinnäytetyöprosessin aikana tullut tutkijoiden tietoon. Ryhmähaastattelusta ja kyselystä saatua materiaali ei ole näytetty ulkopuolisille henkilöille, ja prosessin

päätyttyä kaikki saatu aineisto tuhotaan.

10 TULOKSET

Lähetetyistä 25 kyselylomakkeesta 21 palautettiin. Vastausprosentiksi saatiin 84 %. Tulosten kuvaamisessa hyödynnetään alkuperäisiä ilmaisuja vastauslomakkeista lisäämään luotettavuutta.

10.1 Taustatiedot

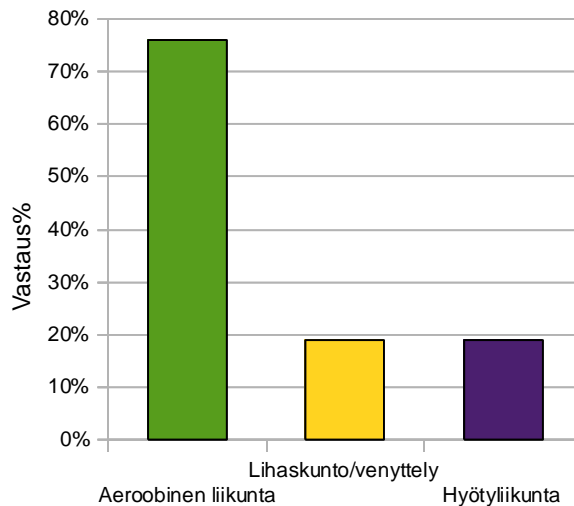
Taustatietoja ja osion 2. jatkokuntoutukseen osallistumista koskevia kysymyksiä analysoitiin Windows SPSS -ohjelmalla. Vastaajien iän ja sukupuolen vaikutusta jatkokuntoutukseen ja yhdistysten toimintaan osallistumiseen sekä tietoisuuteen yhdistysten toiminnasta tutkittiin ristiintaulukoinnilla ja χ^2 -riippumattomuustestillä. Lisäksi analysoitiin asumismuodon vaikutusta jatkokuntoutukseen osallistumiseen. Kun tarkasteltiin vastaajien iän vaikutusta tietoisuuteen yhdistysten toiminnasta, selvisi, että 66–70 ja 71–75-vuotiaat olivat muita ikäryhmiä tietoisempia Sydänyhdistyksen toiminnasta. Tosin näitä ikäryhmiä oli vastaajista eniten. Suhteessa vastaajien määrään miehistä useampi osallistui jatkokuntoutukseen 25 % (2) kuin naisista 7,7 % (1). Tuloksissa ei ilmennyt tilastollista merkitsevyyttä.

10.2 Liikunnan harrastaminen

Taustatiedoissa vastaajilta kysyttiin, olivatko he harrastaneet liikuntaa ennen Tulppa-kuntoutusta, millaista ja kuinka usein (kysymys 1.6). Liikunnan harrastamisella ei ollut vaikutusta jatkokuntoutukseen osallistumiseen.

Kaikki vastanneista mainitsivat harrastaneensa jonkinlaista liikuntaa ennen Tulppa-kuntoutusta. Kolme eniten mainittua lajia olivat kävely tai lenkkeily 67 % (14/21), pyöräily 43 % (9/21) ja uinti 33 % (7/21). Vastaukset luokiteltiin

aerobiseen liikuntaan, kuten kävely ja hiihto, lihaskunto tai venyttely ja hyötyliikunta. Nämä tulokset on esitetty kuviossa 3. Kaksi vastaajista kertoi harrastaneensa liikuntaa ainoastaan yhden tai 1 - 4 kertaa viikossa, mutta he eivät kuvailleet tarkemmin, minkätyyppistä liikuntaa oli ollut kyseessä.



Kuvio 3 Liikunnan harrastaminen ennen Tulppa-kuntoutusta

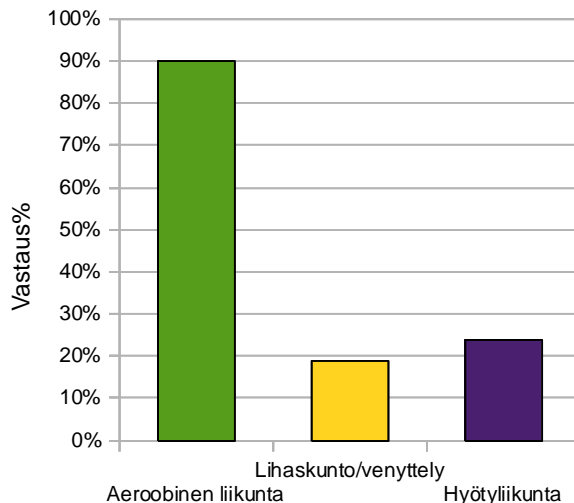
"Kävelyä n. 3x viikossa 3-5km tai kuntopyörä kotona" (lomake 5)

"Kävelyä päivittäin" (lomake 16)

"Pyöräilyä, lenkkeilyä 5-6 kertaa viikossa hyötyliikuntaa" (lomake 18)

"Kyllä koko elämäni mutta vaihtelevasti keskimäärin kerran viikk." (lomake 23)

Kysyttäessä millaista omatoimista liikuntaa vastaajat harrastavat nykyään, lähes kaikki (20/21) kertoivat harrastavansa jonkinlaista liikuntaa. Yksi vastaajista kertoi, ettei enää kyennyt harrastamaan liikuntaa terveydellisten syiden vuoksi. Kolme eniten mainittua liikuntamuotoa olivat kävely tai lenkkeily 76 % (16/21), pyöräily 38 % (8/21) ja uinti 43 % (9/21). Vastaukset luokiteltiin aerobiseen liikuntaan, kuten kävely ja hiihto, lihaskunto tai venyttely ja hyötyliikunta. Nämä tulokset on esitetty kuviossa 4.



Kuvio 4 Liikunnan harrastaminen Tulppa-kuntoutuksen jälkeen

Eräs vastaajista kertoi, että epävarmuus omasta terveydestä on estänyt häntä osallistumasta palvelutalon liikuntaryhmään. Sekä ennen että jälkeen Tulppa-kuntoutuksen toteutettu liikunta on lähes kaikilla vastaajista joko aerobista tai hyötyliikuntaa 81 % (17/21). Liikunnan harrastamisessa ei ollut tapahtunut juurikaan muutoksia yksilötasolla.

”Satunnaisesti kävelylenkkejä” (lomake 2)

”Aika vaikeaa selkää on jäykistetty” (lomake 19)

”Kävely lenkipolulla, soutulaitteella soutu, hyötyliikunta = pihatytöt, polttopuut jne.” (lomake 1)

10.3 Jatkokuntoutukseen osallistuminen

Kyselylomakkeen kohdassa 2.1 kysyttiin, olivatko henkilöt hakeutuneet jatkokuntoutukseen Tulppa-kuntoutuksen jälkeen. Vastaajista 18 (71 %) ei ollut osallistunut jatkokuntoutukseen. Kolme henkilöä (29 %) oli osallistunut.

Eräs kuntoutuja kertoi osallistumisensa syyksi ”sisäinen tarve”. Henkilöt, jotka eivät olleet hakeutuneet jatkokuntoutukseen, kertoivat syyksi muun muassa aikaansaamattomuuden, tiedon puutteen, ja eräs vastaajan mielestä omatoiminen liikunta oli hänelle riittävää.

Vastaajilta kysyttiin, millaista tietoa Tulppa-kouluttajat olivat antaneet heille ryhmän jälkeisestä toiminnasta, sekä millaista tietoa he olisivat kaivanneet (kysymys 3.2). Kysymykseen jätti vastaamatta kuusi henkilöä. Osalla (4/15) vastaajista Tulppa-kuntoutus oli vielä kesken. Viisi vastaajista kertoi saaneensa jotain tietoa, kuten esimerkiksi Sydänyhdistykseen liittymisestä, esittelyä kuntosalin käytöstä ja erilaisista jumpista, sekä käskyn liikkua. Viisi vastaajista kertoi, ettei ollut saanut tietoa lainkaan tai ei muistanut.

"Käskivät liikkumaan" (lomake 20)

"Aika huonosti" (lomake 16)

"Ei ole informoitu!!!" (lomake 1)

"Esiteltiin kuntosalia ja erilaisia jumppaamistapoja, keppi jms. ?" (lomake 15)

Vastaajista kahdeksan ei kertonut mielipidettään siitä, millaista tietoa he olisivat kaivanneet. Ainoastaan yksi (1/13) vastaajista kirjoitti saamansa tiedon olleen riittävää. Tietoa ei aina tunnettu tarvittavan (2/13) tai tiedon sisällöstä ei osattu sanoa (3/13). Osa (7/13) kuvaili, minkälaista tietoa he olisivat kaivanneet, ja esille tuli laatuun, liikkumiseen ja lääkärin konsultaation liittyviä asioita. Tähän kysymykseen vastasi vain 13 henkilöä.

"Jälkiseurantaa kokeita ja lääkärin tarkastusta arvoista" (lomake 23)

"Missä, milloin ja miten" (lomake 16)

"Tieto oli riittävää" (lomake 24)

10.4 Jatkokuntoutukseen osallistumiseen vaikuttavat tekijät

Kyselylomakkeen kohdassa 3.3–3.7 kysyttiin syitä siihen, miksi tutkimushenkilöt olivat tai eivät olleet osallistuneet jatkokuntoutukseen, osallistumista edistäviä ja heikentäviä tekijöitä, sekä perheen tuen merkitystä osallistumiseen. Lisäksi kysyttiin, onko henkilön mielestä ylipäättään tarvetta ryhmämuotoiselle kuntoutukselle.

Moni vastaajista (7/17) mainitsi tiedon puutteen olevan syynä siihen, etteivät he

ole osallistuneet jatkokuntoutukseen. Muutama vastaaja (3/17) kertoi laiskuuden olevan syynä osallistumattomuuteen. Kolme henkilöä taas vastasi syyksi sen, etteivät tunne tarvetta jatkokuntoutukselle tai epäilevät sitä. Kyseiset henkilöt olivat vastaustensa perusteella olleet liikunnallisesti aktiivisia ennen Tulppa-kuntoutusta ja sen jälkeen. Eräs vastaaja toi esille, että hänen kuntoutuksensa oli vielä kesken. Vain yksi tähän kysymykseen vastaaja oli osallistunut jatkokuntoutukseen ja kertoi syyksi sen, että on ollut liikunnallinen koko elämänsä. Neljä henkilöä jätti vastaamatta kysymykseen, minkä vuoksi n-määrä on laskenut.

"Mikä jatkokuntoutus?" (lomake 21)

"Sopivan ryhmän puutteen vuoksi"(lomeke 18)

"matkan takia jäi kesken" (lomake 3)

Jatkokuntoutukseen osallistumista edistäviin tekijöihin (kysymys 3.5) vain kaksi naista oli maininnut ryhmän sopivan vaatimustason osallistumista edistäväksi tekijäksi. Jatkokuntoutukseen osallistumista edistävistä tekijöistä eniten mainittu oli jälleen tiedon saanti järjestettävistä ryhmistä (7/16). Neljä henkilöä oli maininnut myös säännöllisen ryhmän tuoman sosiaalisen tuen merkityksen. Kaksi henkilöä mainitsi tietynlaisen liikuntalajin edistävän kuntoutukseen osallistumista.

"ulko liikunta kuntosali ja uimahalli jumpat" (lomake 23)

"Kun saisi tietoa mahdollisista tapaamisista" (lomake 9)

"Pitäisi olla kävelymatkan päässä" (lomake 3)

Jatkokuntoutukseen osallistumista heikentäviksi tekijöiksi (kysymys 3.6) viisi henkilöä (5/17) oli vastannut terveydentilan. Suurin osa heistä oli kertonut terveydentilan huononemisen heikentävän osallistumista, mutta yksi oli myös maininnut hyvän terveydentilan heikentävänä tekijänä. Kaksi yksin asuvaa henkilöä kertoi heikentäväksi tekijäksi taloudellisen tilanteen. Lisäksi vastauksissa oli mainittu erilaisia ryhmätoiminnan ominaisuuksia heikentävinä tekijöinä, kuten liian pitkät luennot, yksitoikkoisuus sekä liian rasittavat liikkeet. Vain yksin asuvat naiset (4) olivat vastanneet pitkän välimatkan

kuntoutuspaikalle olevan osallistumista heikentävä tekijä. Kolme naista mainitsi liian pitkän matkan kuntoutuspaikalle tai sopivan ryhmän puutteen syyksi siihen, etteivät he olleet osallistuneet jatkokuntoutukseen.

"Matkan pituus (esim. 5km liian pitkä)" (lomake 3)

"Liian rasittavat liikkeet, kilpailuksi muodostuminen. Ryhmässä vaikea jättäytyä tekemättömäksi" (lomake 6)

"Liian kalliit" (lomake 16)

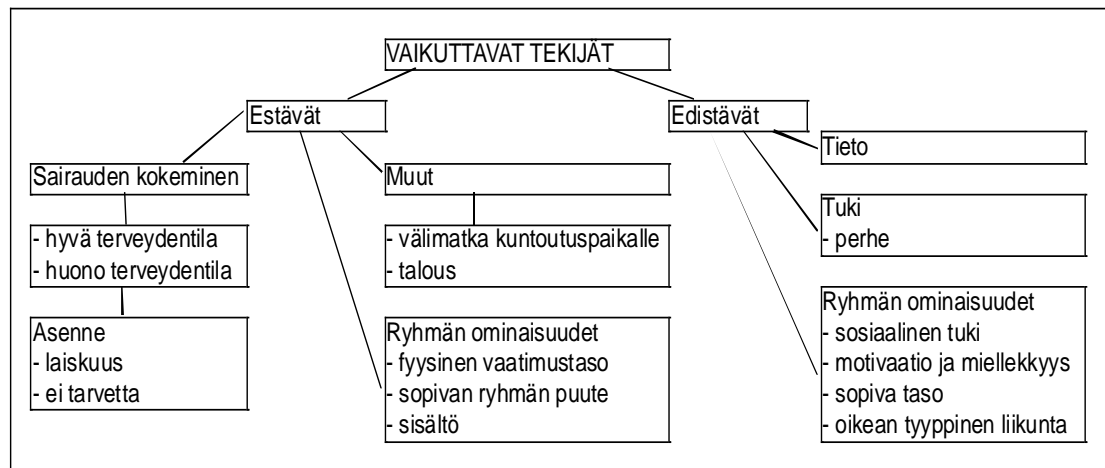
"Ei selkeää ryhmää!" (lomake 10)

Perheen tukea (kysymys 3.7) pidettiin merkityksellisenä jatkokuntoutukseen osallistumista edistäväksi tekijäksi (11/17). Neljä henkilöä vastasi asuvansa yksin, ja kaksi vastaajista mainitsi perheen tuella olevan ehkä positiivinen merkitys, mutta merkitys ei ollut ratkaiseva. Neljältä henkilöltä puuttui vastaus tähän kysymykseen, he asuvat kaikki yksin.

Suurin osa vastaajista (15/19) tunsi ryhmämuotoiselle kuntoutukselle olevan tarvetta (kysymys 3.4). Kaksi vastaajaa ei osannut sanoa, ja yksi vastaaja ei henkilökohtaisesti tuntenut tarvetta. Syiksi ryhmämuotoisen kuntoutuksen tarpeellisuudelle oli mainittu ryhmän tuoma motivaatio ja mielekkyys.

Jatkokuntoutukseen osallistumista käsittelevät vastaukset yhdistettiin alaluokkiin, joille taas luotiin yläluokat. Yläluokilla oli aina jokin niitä yhdistävä pääluokka. Pääluokilla oli yhdistävänä luokkana jatkokuntoutukseen osallistumiseen vaikuttavat tekijät. Kuviossa 5 on havainnollistettu luokkien muodostuminen. Jatkokuntoutukseen osallistumista estävät tekijät muodostui yhdeksi pääluokaksi. Estävien tekijöiden pääluokassa yläluokkia oli neljä, ja yksi niistä oli tiedon puute järjestettävistä ryhmistä. Toinen yläluokka oli: sairauden kokeminen. Sen alaluokkia olivat terveydentila ja asenteelliset tekijät, eli laiskuus ja se, ettei kuntoutukselle tunnettu olevan tarvetta. Kolmas yläluokka oli ryhmän ominaisuuksiin liittyvät tekijät, jonka alaluokkia olivat fyysinen vaatimustaso, sopivan ryhmän puute sekä kuntoutuksen sisältö. Alaluokat: pitkä välimatka kuntoutuspaikalle ja huono taloudellinen tilanne kuuluivat yläluokan muut tekijät alle. Pääluokan: Jatkokuntoutukseen

osallistumista edistävät tekijät alle muodostui kolme yläluokkaa. Tiedon saanti tarjolla olevista ryhmistä oli yksi yläluokka. Toinen yläluokka oli ryhmän ominaisuuksiin liittyvät tekijät. Tämä muodostui alaluokista: ryhmän tuoma motivaatio ja mielekkyys, ryhmän sopiva vaatimustaso, tietyn tyyppinen liikunta sekä ryhmän tuoma sosiaalinen tuki. Perheen tuki oli erillinen yläluokka.



Kuvio 5 Jatkokuntoutukseen osallistumiseen vaikuttavat tekijät

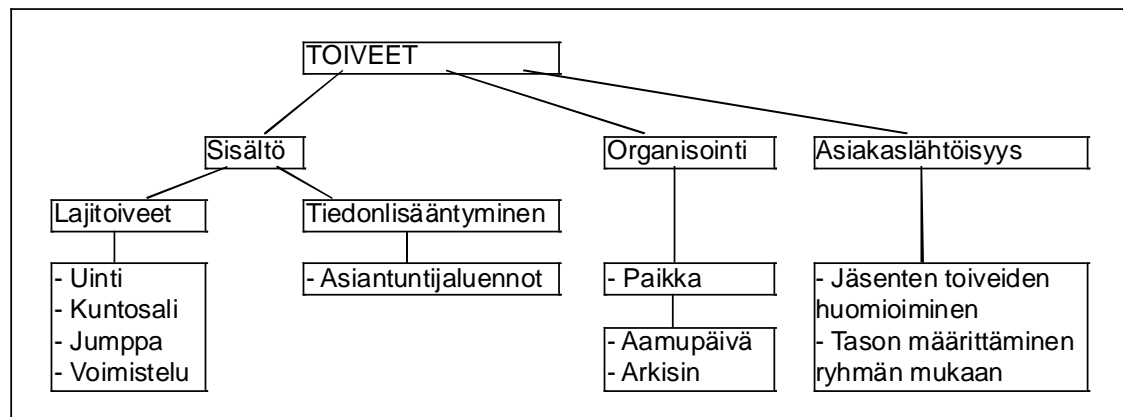
Kysymyksessä 3.8 kysyttiin, millaiseen jatkokuntoutusryhmään vastaajat haluaisivat osallistua. Samalla pyydettiin myös kertomaan toiveita viikonpäivästä, paikasta ja mihin aikaan päivästä heille sopisi parhaiten. Eniten toivottiin arkisin, aamupäivällä tapahtuvaa toimintaa ja paikkoina mainittiin muun muassa palvelukeskukset, Lehmus-koti ja Huhtiniemen urheiluhalli. Suosituimmat liikuntamuodot olivat uinti ja kuntosaliharjoittelu, myös jumppa ja voimistelu mainittiin vastauksissa. Neljän naisen vastauksessa mainittiin, että ryhmän jäseniä tulee kuulla ja että liikunnan taso tulee määrittää ryhmäläisten kunnan mukaan. Vastaajat toivoivat niin seka-ryhmiä kuin ryhmiä erikseen miehille ja naisille.

”Sopivaa ohjattu jumppa tyyppistä. Verenkiertoa edistävää liikuntaa uutta tietoa hoidoista ym.” (lomake 7)

Tietoa kuntoutuksesta (kysymys 3.9) toivottiin suurimmassa osassa

vastauksista postitse kirjeellä tai lehti-ilmoituksen kautta. Puhelimitse tapahtuva yhteydenotto mainittiin kuusi kertaa ja sähköposti ainoastaan kolmesti.

”En omista toistaiseksi netti yhteyttä, joten mikä muu keino tahansa” (lomake 15)



Kuvio 6 Vastaajien toiveet jatkokuntoutuksesta

Jatkokuntoutuksen kehittämisen kannalta analysoinnissa yhdeksi pääluokaksi muodostui Tulppa-kuntoutukseen osallistuneiden toiveet jatkokuntoutusryhmästä. Yläluokiksi muodostuivat ryhmän organisointiin liittyvät tekijät, ryhmän sisältöön liittyvät tekijät sekä asiakaslähtöisyys. Organisointiin liittyvien tekijöiden alaluokkia olivat arkisin ja aamupäivällä tapahtuva toiminta sekä toiveet paikasta. Ryhmän sisällölliset toiveet jakautuivat liikuntalajitoiveisiin: uinti, kuntosali, jumppa ja voimistelu sekä tiedollisiin toiveisiin, kuten asiantuntijaluennot. Yläluokka: asiakaslähtöisyys muodostui ajatuksista, että ryhmän jäseniä tulisi kuulla ja että ryhmän taso tulisi määrittää ryhmäläisten mukaan. Luokkien muodostuminen on kuvattu kuviossa 6.

11 POHDINTA

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää Tulppa-kuntoutukseen osallistuneiden henkilöiden hakeutumista jatkokuntoutukseen Lappeenrannan terveysasemalla

ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Lisäksi pyrittiin selvittämään, kuinka kuntoutukseen osallistuneiden henkilöiden jatkokuntoutusmahdollisuuksia tulisi kehittää. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella.

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen: Mitkä tekijät vaikuttavat Lappeenrannan terveysaseman Tulppa-kuntoutujien jatkokuntoutukseen hakeutumiseen?, voidaan kyselylomakkeella saatujen tulosten perusteella vastata seuraavasti. Jatkokuntoutukseen osallistumisella on edistäviä ja heikentäviä tekijöitä. Estävät tekijät voidaan jakaa neljään yläluokkaan: tiedon puute, sairauden kokeminen, ryhmän ominaisuudet ja muut yksittäiset tekijät. Tiedon puute tarjolla olevista jatkokuntoutusryhmistä oli merkittävin osallistumista estävä tekijä. Tulppa-ohjaajilta ei useinkaan ollut saatu tietoa ryhmän jälkeisestä toiminnasta, tai tietoa ei muistettu. Jatkokuntoutukseen osallistumista esti useilla joko hyvä tai huono terveydentila. Osalla laiskuus oli syynä osallistumattomuuteen, ja liikunnallisesti aktiiviset henkilöt eivät välttämättä kokeneet edes tarvetta jatkokuntoutukselle. Nämä tekijät liittyivät siihen, kuinka kuntoutuja koki sairautensa. Ryhmän ominaisuudet, kuten fyysinen vaatimustaso ja sisältö olivat useilla jatkokuntoutukseen osallistumista estäviä tekijöitä. Muut estävät tekijät olivat pitkä välimatka kuntoutuspaikalle ja huono taloudellinen tilanne.

Edistävät tekijät olivat tiedon saanti, tuki ja ryhmän ominaisuudet. Perheen tuki koettiin osallistumista edistäväksi tekijäksi. Hyviä ryhmän ominaisuuksia olivat sen tuoma motivaatio ja mielekkyys, sopiva fyysinen vaatimustaso, ja sosiaalinen tuki. Myös kuntoutujalle mieleinen liikuntalaji nostettiin esille.

Tulosten perusteella toiseen tutkimuskysymykseen: Kuinka Lappeenrannan terveysaseman Tulppa-kuntoutujien jatkokuntoutusmahdollisuuksia tulisi kehittää?, voidaan vastata seuraavasti. Tulppa-kuntoutuksen läpikäyneiden henkilöiden tulisi saada tietoa tällä hetkellä järjestettävistä jatkokuntoutukseksi sopivista ryhmistä. Tietoa yhdistysten järjestämistä ryhmistä voisi antaa enemmän jo Tulppa-kuntoutuksessa. Tämä olisi tehokkainta järjestää siten, että

yhdistyksen edustaja saapuisi esittelemään yhdistyksen toimintaa. Lisäksi tietoa olisi syytä jakaa myös kirjallisesti. Vastaajien jatkokuntoutusryhmiin liittyvät toiveet jakautuivat kolmeen yläluokkaa: organisointi, sisältö ja asiakaslähtöisyys. Ryhmien organisoinnissa paras ajankohta olisi arki-aamuisin ja aamupäivisin. Sisältönä uinti, kuntosali ja voimistelu olivat suosittuja. Asiakaslähtöisyys tulisi huomioida asettamalla vaatimustaso ryhmäläisten mukaan ja ottamalla toiveet huomioon.

11.1 Tulosten pohdinta

Tässä opinnäytetyössä suureksi jatkokuntoutukseen osallistumiseen vaikuttavaksi tekijäksi nousi tiedon puute tarjolla olevista jatkokuntoutusryhmistä. Selkeä tiedonsaanti mainittiin kuntoutukseen osallistumista edistävänä tekijänä etenkin yksin asuvien naisten keskuudessa. Kelan tutkimuksen mukaan eläkeläiset ovat vaarassa pudota palveluketjusta, joten heidän tulisi olla itse aktiivisia saadakseen kuntoutusta (Hämäläinen & Röberg 2007b.). Liikunnallisesti aktiivisten henkilöiden jatkokuntoutukselle ei tunnettu tarvetta, mutta suuri osa vastaajista koki jatkokuntoutuksen kuitenkin tarpeelliseksi. Vertaistuen merkitys ja ryhmän tuoma motivaatio koettiin keskeisinä ryhmämuotoisen jatkokuntoutuksen tarvetta ajatellen. Ryhmämuotoisia jatkokuntoutusmahdollisuuksia kehitettäessä Lappeenrannassa täytyisikin huolehtia, että ryhmissä keskitytään fyysisen harjoittelun ohella myös vertaistukeen. Ryhmäkokoonntumisissa tulisi siis olla aikaa myös keskustelulle.

Laiskuus osoittautui joillakin henkilöillä syyksi olla osallistumatta jatkokuntoutukseen. Vaikka tarvetta kuntoutukselle vaikuttaisikin olevan, ei kiinnostusta kuitenkaan ole hakeutua ryhmiin. Voisikin olla mahdollista, että ryhmiin osallistuttaisiin, jos niihin ohjattaisiin henkilökohtaisesti. Lappeenrannan terveystaseman Tulppa-kuntoutujien jatkokuntoutusmahdollisuuksien kehittämisessä ohjaamista ja tiedottamista tehostamalla voitaisiinkin saada enemmän osallistujia ryhmiin. Käytännössä Tulppa-ohjaajat voisivat kertoa

yhdistysten järjestämistä ryhmistä sekä jakaa niitä koskevia esitteitä. Viimeiseen kokoontumiseen voisivat yhdistysten edustajat saapua kertomaan yhdistysten toiminnasta ja näiden järjestämistä liikuntaryhmistä, jotka erityisesti tukisivat Tulppa-kuntoutujia.

Joillakin naisilla vaatimustasoltaan sopivan ryhmän puute ja liian pitkä matka kuntoutuspaikkaan johti siihen, etteivät he olleet osallistuneet jatkokuntoutukseen. Kahdella yksin asuvalla henkilöllä oma taloudellinen tilanne heikensi jatkokuntoutukseen osallistumista. Kuten kansainvälisissä tutkimuksissa on aikaisemmin saatu selville, pitkä matka kuntoutuspaikalle sekä heikko taloudellinen tilanne heikentävät kuntoutukseen osallistumista. (Hagan ym. 2007, 105 - 113; Komorowsky ym. 2008, 979 - 985; Wyer ym. 2001, 171 - 177.).

Naisten jatkokuntoutukseen osallistumista heikentävät siis eniten sopivan ryhmän puute ja liian pitkä matka kuntoutuspaikalle. Kaikki naiset, jotka mainitsivat liian pitkän matkan heikentäväksi tekijäksi, olivat yksin asuvia. Voi siis päätellä, että naisten jatkokuntoutukseen osallistumista edistäisi ryhmän sopiva vaatimustaso eri kuntotasojen mukaan. Toisaalta yksin asuvat naiset osallistuisivat vain lähellä kotia järjestettävään kuntoutukseen. Tähän saattaa olla syynä esimerkiksi ajokortin puute tai autolla ei uskalleta ajaa. Julkisilla kulkuvälineillä liikkuminen taas voi olla hankalaa ja aikaa vievää. Toisaalta kuntoutusryhmien vaatimustaso on voinut joistakin henkilöistä tuntua liian vaativalta, koska suurin osa vastaajista on harrastanut lähinnä vain aerobista liikuntaa, kun ryhmissä saatetaan tehdä myös lihaskuntoa edistävää harjoittelua.

Ohjaajalla on vastuu perustella kuntoutujille, miksi myös rankempien harjoitteiden suorittaminen on tärkeää. Motivointikeinona on hyvä käyttää harjoittelun positiivisia terveysvaikutuksia ja hyötyjä. Harjoittelussa olisi hyvä pyrkiä huomioimaan ja tukemaan kunkin kuntoutujan progressiivista kehittymistä. Lappeenrannassa jatkokuntoutusmahdollisuuksien kehittämisen

kannalta voisikin uusien ryhmien suunnittelussa ottaa nämä tulokset huomioon. Yhdistysten järjestämien ryhmien olisi fyysisiltä vaatimustasoiltaan oltava sydänkuntoutujille sopivan kevyitä, mutta silti tehokkaita.

Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin käypä hoitosuositusten mukaan sepelvaltimotaudin hoitoon ja kuntoutukseen suositellaan päivittäistä tai lähes päivittäistä kestävyysliikuntaa, joka on kestoltaan vähintään 30 minuuttia vuorokaudessa. Kestävyysliikunnan tulisi olla fyysiseen suorituskäkyyn suhteutettua, kohtuukuormitteista ja kohdistua suuriin lihasryhmiin. Lisäksi tulisi tehdä lihasvoimaharjoittelua 2 - 3 kertaa viikossa. Harjoittelu koostuu 8 – 10:stä suuriin lihasryhmiin kohdistuvasta liikkeestä, ja toistoja suoritetaan 10–15 kertaa. (Duodecim 2010)

Tässä opinnäytetyössä kyselylomakkeiden vastauksissa toivottiin eniten kuntosaliharjoittelua ja uintia. Voi olla, että kuntosaliharjoittelu olisi monelle mieleinen harjoittelumuoto, mutta siihen tarvittaisiin ainakin alussa ohjausta. Ryhmän mukana aloitettua kuntosaliharjoittelua voitaisiinkin jatkaa pian itsenäisesti. Sepelvaltimotaudin hoidon kannalta olisi tehokasta, jos kuntosaliryhmä voisi kokoontua 2 - 3 kertaa viikossa ja kestävyysliikuntaa (esimerkiksi uintia) sisältävä ryhmä mahdollisimman monena päivänä viikossa. Yhdistysten resurssien kannalta tämä on kuitenkin hankalaa. Kuntoutujien liikkumista voisikin seurata esimerkiksi hyödyntämällä liikuntapäiväkirjaa, johon merkittäisiin jokainen liikuntasuoritus.

Internetissä on palveluita, joissa henkilö voi ylläpitää liikuntapäiväkirjaa ja näin seurata omaa liikkumistaan. Tällaisen palvelun kautta ohjaajat voisivat säännöllisesti tarkistaa kuntoutujien liikkumista suhteellisen helposti ja vaivattomasti. Palautteen anto tapahtuisi sivuston välityksellä. Palautteessa kävisi ilmi esimerkiksi, onko liikuntaa riittävästi, onko se oikean tyyppistä, ja tarvittaessa muutosehdotuksia liikkumisen suhteen. Tulppa-ryhmät voivat esimerkiksi perustaa omia liikuntaryhmiä, seurata toisten suorituksia, ja antaa kannustavaa palautetta jäsenten kesken. (HeiaHeia! 2010.) Henkilöt, jotka eivät

syystä tai toisesta pysty käyttämään internetiä, voisivat seurata liikkumistaan liikuntapassin avulla. Tähän kirjattaisiin omat suoritukset, ja säännöllisin väliajoin ohjaaja tarkistaisi passin ja antaisi palautetta, kuten virtuaalisille liikuntapäiväkirjoillekin.

Sepelvaltimotautia sairastavalla henkilöllä kunnon ylläpitovaiheen kestävyysharjoittelun tulisi olla kuormittavuudeltaan RPE (rated perceived exertion eli koettu kuormittuneisuus asteikolla 6 - 20) 12–16, ja syketason 40–85 % sykereservistä+ leposyke henkilön peruskunnon mukaan. Harjoittelu tulisi aloittaa rauhallisesti esimerkiksi alkulämmittelyllä ja lopettaa vähitellen. Lihasvoimaharjoittelua tulisi tehdä kevyesti 40–50 % maksimisupistusvoimasta 1 - 3 sarjalla, 10–15 toistoa, ja harjoitteiden välillä tulisi pitää 1 - 2 minuutin lepotauko. Harjoittelua tulisi suorittaa kuntopiirityyppisesti vapailla painoilla tai kuntosalilaitteilla. Harjoitteita tulisi olla 8 - 10, ja painoja lisätään asteittain 1 - 3 viikon välein. Kun lihasvoimaharjoittelua on jatkunut 4 - 6 viikkoa, voi harjoittelua tehdä väsymiseen asti. Olisikin tärkeää, että lihasvoimaharjoitteluryhmä kokoontuisi riittävän monta kertaa, jotta harjoitteluun ehtisi tottua ja löytää omat turvallisen liikunnan rajat. Myös ylä- ja alavartalon sekä raajojen liikkuvuusharjoittelua suositellaan 2 - 3 päivänä viikossa. Yhden venytyksen keston tulisi olla 10–30 sekuntia. (Suomen Sydänliitto ry 2008, 34 - 35.)

Kuntoutujat toivoivat ryhmiä järjestettävän myös keskustan ulkopuolelle, jotta syrjemmälläkin asuvilla olisi mahdollisuus osallistua toimintaan. Yhtenä vaihtoehtona voisi olla yhteistyö seurakuntien kanssa, jolloin kirkon tiloja voisi vuokrata yhdistysten käyttöön. Näin yhdistys voisi järjestää ryhmiä seurakunnan tiloissa, joihin kauempana keskustasta asuvienkin ihmisten olisi helppo tulla.

Perheen tuen merkitys jatkokuntoutukseen osallistumiseen koettiin positiivisena. Tulevaisuudessa voisikin harkita puolisojen mahdollisuutta osallistua yhdistysten ryhmiin. Useilla kumppanin kanssa asuvilla puolison osallistuminen voisi innostaa osallistumaan. Perheen tuen merkitystä jatkokuntoutukseen osallistumisen kannalta ei kukaan vastaajista maininnut

erikseen muissa kyselylomakkeen kohdissa. Voikin päätellä, ettei perheen tuen ajatella kuitenkaan olevan kovin keskeinen tekijä osallistumisessa, sillä sen erikseen kysyminen on hieman johdatteluvaa.

Kysyttäessä tutkimushenkilöiltä heidän omatoimista liikunnan harrastamistaan, kävi ilmi, että liikunta painottui sekä ennen että jälkeen Tulppa-kuntoutuksen aerobiseen liikuntaan. Lihasvoimaa ja elastisuutta lisäävää liikuntaa harrasti ennen ja jälkeen kuntoutuksen vain 19 % tutkittavista. Tähän saattaa olla syynä se, että kuntoutujille korostetaan liikunnan merkitystä, mutta heille jää epäselvä kuva, millaista sen tulisi olla. Niinpä kuntoutujat jatkavat hyväksi kokemiaan liikuntamuotoja. Tulppa-kuntoutuksen aikana ei siis ollut tapahtunut muutosta kuntoutujien liikuntakäyttäytymisessä. Tutkimusten mukaan sydänkuntoutujan tulisi harrastaa myös lihasvoimaa lisäävää liikuntaa. Lihasvoimaharjoittelu tukee myös selviytymistä päivittäisistä toiminnoista itsenäisesti pidempään, sillä lihasvoima ja -massa heikkenevät iän myötä. Myös tasapainon ja liikkuvuuden harjoittaminen on ikääntyneillä tärkeää mm. kaatumisten ehkäisemiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004.)

Osallistumista heikentävinä tekijöinä olivat terveyden heikkeneminen, ja tähän liittyen myös kunnon alentuminen. Kyse voi olla todellisesta terveydentilan heikkenemisestä tai siitä, kuinka yksilöllisesti ihminen kokee oman sairautensa vaikuttavan toimintakykyyn. Tässä vaiheessa olisikin juuri tärkeä pyrkiä ennaltaehkäisevään toimintaan, jotta omatoimisuus, kotona selviytyminen ja jaksaminen olisivat mahdollisia pitkälle iälle.

Tulppa-ohjaajat voisivat tulosten mukaan antaa enemmän tietoa kuntoutuksen jälkeisestä toiminnasta. Toisaalta kuntoutuksen päättymisestä on aikaa, ja tämä saattaa vääristää vastauksia. Ohjaajat ovat antaneet tietoa, mutta sitä ei muisteta. Olisi tärkeää, että 10. kokoontumiskerralla yhdistysten edustajat tulisivat kertomaan kuntouttavasta toiminnastaan. Jos tämä ei ole mahdollista, Tulppa-ohjaajien tulisi antaa tietoa yhdistysten ryhmistä.

Keväällä 2011 Sydänyhdistyksen tarjoamat liikunnalliset ryhmät vastaavat melko hyvin kyselyssä esille tulleisiin toiveisiin ryhmien sisällöstä ja ajankohdasta. Kyselyyn vastanneista henkilöistä valtaosa oli eläkeiän ylittäneitä, ja vastauksissa toivottiin ryhmien ajankohdaksi juuri aamupäivää ja viikolla tapahtuvaa toimintaa. Ryhmien sisältöön liittyen toivottiin eniten uintia ja kuntosaliharjoittelua. Sydänyhdistys tarjoaakin kerran viikossa kuntosali- ja allasryhmäharjoittelua. Nämä ryhmät tukisivat Tulppa-kuntoutujien jatkokuntoutusta, koska ohjaajana toimii fysioterapeutti. Ammattilaisena hän kykenee huomioimaan sydänsairauden asettamat erityisvaatimukset. (Lappeenrannan Sydänyhdistys ry. 2011.) Tärkeää kunkin ryhmän sisältöä mietittäessä olisi ottaa ryhmäläisten toiveet huomioon. Diabetesyhdistys ei tällä hetkellä tarjoa ryhmiä, jotka tukisivat jatkokuntoutusta tai joiden sisältö kiinnostaisi kyselyyn vastanneita, sillä heillä on ainoastaan boccia-ryhmä (Räsänen 2010).

11.2 Kehittämisideoita

Olemme pyrkineet miettimään jatkokuntoutuksen kehittämistä tulevaisuudessa. Tätä varten olemme hakeneet tietoa myös opinnäytetyön aineiston ulkopuolelta.

Tulevaisuudessa yhdistysten tulisi kehittää erityisesti verkkosivuja, ja aktiivisesti tiedottaa tätä kautta tapahtumista ja ryhmätoiminnasta. Nykyistä tiiviimpi yhteistyö yhdistyksen ja piirin välillä tukisi paremmin asiakkaita. Vastanneista 71 % ei ollut osallistunut yhdistysten toimintaan. Osittain syynä saattaa olla se, että Lappeenrannan Sydänyhdistys ei ole tarpeeksi näkyvä osa Tulppa-kuntoutusta. Kuntoutuksen aikana ryhmille usein muodostuu tiivis yhteishenki. Ohjaajat voisivat hyödyntää tätä esimerkiksi kehottamalla ryhmäläisiä sopimaan jonkin yhteisen liikuntakerran viikoittain. Tällöin myös ryhmän kautta saatava vertaistuki säilyisi. Sosiaali- ja terveysalan opiskelijat tarvitsevat usein projekteja koulutuksen aikana, ja tässä yhdistykset voisivat olla mukana esimerkiksi toteuttamalla yhteistyössä opiskelijoiden kanssa liikunta- ja terveyspäivän, joka olisi erityisesti suunnattu Tulppa-kuntoutukseen osallistuneille. Tällöin olisi

mahdollista suorittaa myös erilaisia testejä, ja seurata mahdollisia muutoksia henkilön terveydessä ja fyysisessä kunnossa. Tulevaisuudessa asiakaskunta on lisääntyvässä määrin tottunut hoitamaan asioita internetin välityksellä. Tällöin esimerkiksi web-kameran kautta tapahtuvat liikunnanohjaukset tai asiantuntijaluennot tavoittaisivat erittäin suuren yleisön helposti ja suhteellisen pienillä kustannuksilla.

Etelä-Karjala on mukana KOTIIN-hankkeessa, jossa kehitetään HyvinvointiTV:n ohjaus- ja neuvontapalvelukonseptia. Hankkeen ideana on tarjota liikuntatuokioita, interaktiivisia keskusteluohjelmia ja asiantuntijaluentoja erillisen kotiin asennettavan kosketusnäytön ja kamerasovelluksen välityksellä. Hankkeen tavoitteena on edistää ikäihmisten hyvinvointia ja toimintakykyä. HyvinvointiTV:n kaltaista ideaa voisi myös soveltaa Tulppa-kuntoutujien jatkokuntoutuksessa. (KOTIIN-hanke. 2008.) Eräs vaihtoehto olisi myös luoda eräänlainen kuntoutusketju, jossa eri toimijat järjestävät kuntoutujille ryhmämuotoista toimintaa. Tulppa-kuntoutuksen päätyttyä henkilöt ohjattaisiin yhdistysten järjestämiin ryhmiin. Tämän jälkeen esimerkiksi liikuntatoimi voisi tarjota juuri tälle kohderyhmälle räätälöityä toimintaa. Lopuksi yksityiset yritykset järjestäisivät ohjattua liikuntaa. Yritykset tarjoaisivat tavallaan palveluitaan yhdistyksille. Koko ketjun ajan kuntoutujia ohjataan siirryttäessä toimijalta seuraavalle.

11.3 Tutkimushenkilöt

Opinnäytetyön alkuperäinen perusjoukko (N=35) pieneni N=25:een, koska heistä osa ei ollut ilmoittautumisestaan huolimatta aloittanut kuntoutusta, ja osa oli lopettanut muutaman kokoontumiskerran jälkeen. Kyselylomakkeita palautui ensimmäisellä kierroksella niin vähän, että lomakkeet lähetettiin toisen kerran niille, jotka eivät ensimmäisellä kierroksella vastanneet. Uusintakierroksella saavutettu lopullinen vastausprosentti 84 % oli kuitenkin hyvä, sillä vastaukset voi yleistää perusjoukkoon N=25. Henkilöillä, jotka olivat aloittaneet Tulppa-kuntoutuksen syksyllä 2009, oli vielä viimeinen yhteinen kokoontumiskerta

edessä. Heidän oli vaikea vastata Tulppa-kuntoutuksen jälkeistä aikaa koskeviin kysymyksiin, ja joihinkin kohtiin olikin mainittu, että kuntoutus on vielä kesken. Useita kohtia jätettiin myös tyhjiksi. Suurempi otoskoko olisi lisännyt opinnäytetyön luotettavuutta, mutta aikaisemmin Tulppa-kuntoutuksen aloittaneita ei olisi voinut ottaa mukaan, sillä kuntoutuksesta olisi kulunut liian pitkä aika. Jo tämän otoksen vastauksissa tuli ilmi, ettei kuntoutuksen aikaisia asioita enää aina muistettu. Tutkimushenkilöiden kadon takia tulokset eivät ole yleistettävissä kaikkiin Tulppa-kuntoutujiin.

11.4 Tutkimusmenetelmä ja tulosten analysointi

Opinnäytetyön aineiston keruu suoritettiin kyselylomakkeen avulla. Menetelmään päädyttiin, koska näin oli mahdollista tavoittaa useampi kuntoutukseen osallistunut henkilö. Kyselylomake laadittiin ryhmähaastattelun pohjalta, ja pyrimme käsittelemään siinä haastattelun aikana esille nousseita tekijöitä. Lomake testattiin henkilöillä, jotka eivät olleet osallistuneet Tulppa-kuntoutukseen. Kyselylomakkeen testaaminen tutkimuksen ulkopuolelle jääneillä Tulppa-kuntoutujilla olisi tosin voinut olla kannattava vaihtoehto. Aineiston kerääminen haastattelun avulla olisi voinut mahdollisesti tuoda laajempia näkökulmia vastauksiin, ja näin parantaa vastausten laatua. Analyysimenetelmä toimi hyvin tämän opinnäytetyön tulosten analysoinnissa. Vaikka taustateoria ohjaakin aineiston analysointia, voi tutkijan näkemys vaikuttaa syntyviin luokkiin. Tässä opinnäytetyössä aineistosta nousevat luokat syntyivät kuitenkin luonnollisesti. Analysoinnin luotettavuutta lisää se, että sitä teki kaksi tutkijaa. Analysointi eteni siten, että tutkijat tutustuivat aineistoon ja yhdessä keskusteltiin alaluokista ja niiden sijoittamisesta yläluokkiin. Molemmat toivat esille oman näkökulmansa, kuinka luokittelu tapahtuisi. Erilaisten luokkien harkitsemisen jälkeen saatiin aikaan yhteinen näkemys aineiston analysoinnista. Luokkien muodostumista ohjasi tutkijoiden esiymmärrys aiheesta. Analysoitava aineisto oli melko niukkasanaista, joten sisällön analyysi jäi pinnalliseksi.

11.5 Työn luotettavuuden arviointi

Työn luotettavuutta voidaan mitata kahdella käsitteellä: validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetti kertoo, onko tutkimuksessa pystytty mittaamaan juuri sitä, mitä on ollut tarkoituskin mitata. Tässä opinnäytetyössä vastauksista saatu informaatio oli osittain puutteellista, sillä moniin avoimiin kysymyksiin jätettiin vastaamatta, tai vastaukset eivät olleet tarpeeksi kuvaavia. Suurin osa kysymyksistä oli avoimia kysymyksiä. Pyrimme siten saamaan kuvaavampia vastauksia kuin strukturoiduilla kysymyksillä. Strukturoiduissa kysymyksissä vastausvaihtoehdot ovat rajatumpia. Kyselylomakkeen riskinä on heikko vastausprosentti ja vastausten laatu. Vastaajan on helppo käsittää kysymys väärin, tai hän ei vastaa siihen tosissaan, ja tämä laskee tulosten luotettavuutta (Hirsijärvi ym. 2007.). Epäonnistuimme joidenkin kysymysten laatimisessa, ja erityisesti ongelmaksi osoittautuivat kysymykset, jotka käsittelivät jatkokuntoutusta. Terminä ”jatkokuntoutus” jäi todennäköisesti hieman epäselväksi, jolloin tätä käsitteleviin kysymyksiin oli vaikea vastata. Kyselylomakkeen saatteessa olimme avanneet käsitettä. Käyttämällä suljettuja kysymyksiä olisi saattanut olla mahdollista saada suurempi vastausprosentti.

Reliabiliteetilla tarkoitetaan sitä, etteivät tulokset ole sattumanvaraisia. Sisäisessä reliabiliteetissa pyritään usealla mittaukerralla saamaan samoja mittaustuloksia. Mittauksen tulee olla toistettavissa, tämä kertoo tutkimuksen ulkoisesta reliabiliteetista. Tässä opinnäytetyössä pieni otoskoko laskee työn reliabiliteettia, koska se lisää tulosten sattumanvaraisuutta. Kyselylomakkeessa ja ryhmähaastattelussa mahdollisesti esiintyvä valehtelu tai väärät muistikuvat vääristävät todellisuutta, ja näin reliabiliteetti alenee. Vastausten tulkinnanvaraisuus heikentää työmme luotettavuutta. (Heikkilä 2008.) Kysymyksen 3.3 vastausprosenttia heikentää todennäköisesti se, että samaa asiaa on kysytty myös kohdassa 2.1. Henkilöiden vastaukset molempiin kysymyksiin tukivat pääosin toisiaan. Tämä lisää vastausten luotettavuutta. Muutamassa lomakkeessa vastauksissa ilmeni lievää ristiriitaa.

Opinnäytetyön pienen otoskoon vuoksi saadut tulokset eivät ole yleistettävissä kaikkiin Tulppa-kuntoutujiin. Niitä voidaan pitää suuntaa antavina suunniteltaessa Lappeenrannan alueella tapahtuvaa jatkokuntoutusta. Saatuja tuloksia voidaan yleistää tutkimukseen osallistuneisiin henkilöihin.

11.6 Pohdintaa opinnäytetyöprosessista

Opinnäytetyöprosessi alkoi syksyllä 2009. Idea työhömmme tuli Etelä-Karjalan sydänpiiriltä, ja aihetta pohdimme yhdessä työelämän edustajan kanssa. Valitsimme aiheen, sillä edellisessä Saimaan ammattikorkeakoulussa tehdyssä opinnäytetyössä oli käynyt ilmi, että jatkokuntoutukselle olisi kysyntää Tulppa-kuntoutuksen jälkeen. Tiedossa ei kuitenkaan ollut, kuinka kuntoutujat olivat hakeutuneet yhdistysten järjestämiin ryhmiin. Meitä myös kiinnosti kolmannen sektorin osuus terveystalveluiden järjestäjänä.

Prosessin aikana olemme syventäneet tietoa sydän- ja verisuonitaudeista sekä niiden kuntoutuksesta Suomessa. Käsityksemme fysioterapeutin työnkuvasta on laajentunut. Olemme prosessin aikana päässeet harjaantumaan tutkimustyön tekemisessä, johon olennaisena osana kuuluu tiedon haku ja aikaisempien tutkimusten kriittinen tarkastelu. Tutkijoina on tärkeää pyrkiä mahdollisimman laadukkaaseen ja totuudenmukaiseen työskentelyyn. Omaa työntekoa tulisi pystyä arvioimaan kriittisesti ja objektiivisesti.

Opinnäytetyössä kävi ilmi, ettei liikunnan harrastamisessa ollut tapahtunut muutosta Tulppa-kuntoutuksen myötä. Jatkotutkimusaiheena voisi tarkastella suuremmalla otoskoolla liikuntakäyttäytymistä ennen ja jälkeen Tulppa-kuntoutuksen. Yhtenä kehittämis ehdotuksena annettiin virtuaalisen liikuntapäiväkirjan käyttäminen omaehtoisen liikkumisen tukena. Jatkotutkimusaiheena voitaisiin tutkia, onko menetelmällä mahdollisuus tukea ja ohjata Tulppa-kuntoutujan terveystuikuntaa. Aihetta voisi tutkia esimerkiksi

toimintatutkimuksen keinoin, jolloin liikuntapäiväkirjaa kokeiltaisiin käytännössä.

KUVAT

Kuva 1 Sepelvaltimot (Duodecim 2007)

KUVIO

Kuvio 1 Vastaajien ikäjakauma

Kuvio 2 Tulppa-kuntoutuksen aloittaminen

Kuvio 3 Liikunnan harrastaminen ennen Tulppa-kuntoutusta

Kuvio 4 Liikunnan harrastaminen Tulppa-kuntoutuksen jälkeen

Kuvio 5 Jatkokuntoutukseen osallistumiseen vaikuttavat tekijät

Kuvio 6 Vastaajien toiveet jatkokuntoutuksesta

LÄHTEET

Ades, P., Savage, P., Toth, M., Harvey-Berino, J., Schneider, D., Bunn, J., Audelin, M. & Lublow, M. 2009. High-Calorie-Expenditure Exercise a new approach to cardiac rehabilitation for overweight coronary patients. *Circulation* 119, 2671-2678.

Boyle, J. S. 1994. *Styles of ethnography*. Teoksessa Morse, J. M. (toim.) *Critical issues in qualitative research methods*. London, New Delhi: SAGE Publications, 159-185.

Clark, AM., Hartling, L., Vandermeer, B., McAlister, A. 2005. Meta-analysis: Secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. *Annals of Internal Medicine* 143, 659 - 672.

Diabetesliitto 2009 a. Tyypin 2 diabetes.
http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli_id=94 (Luettu 11.1.2010)

Diabetesliitto 2009b. Metabolinen oireyhtymä. Lisäsairaudet.
http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli_id=5722 (Luettu)

Duodecim 2007. Sydäninfarktin synty.
http://157.24.202.67:2066/dtk/ltk/koti?p_haku=Valtimotauti%20%28aterosklerosi%29 (Luettu 28.1.2011)

Duodecim 2010. Liikunta sepelvaltimotaudin hoidossa ja kuntoutuksessa.
http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50075#s20_2 (Luettu 17.1.2011)

Gassner, L.A., Dunn, S. & Piller, N. 2003. Aerobic exercise and the post myocardial infarction patient: A review of the literature. *Heart & Lung*, 32, 258 - 265)

Gayda, M., Brun, C., Juneau, M., Levesque, S. & Nigam, A. 2008. Long-term cardiac rehabilitation and exercise training programs improve metabolic syndrome patients with and without coronary heart disease. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Disease* 18, 142 - 151.

Hagan, N., Botti, M. & Watts, R. 2007. Financial, family, and social factors impacting on cardiac rehabilitation attendance. *Heart & Lung* 36, 105 - 113.

Hall, JP., Wiseman, VL., King, MT., Ross, DL., Kovoov, P., Zecchin, RP., Moir, FM. & Denniss, AR. 2002. Economic evaluation of a randomized trial of early return to normal activities versus cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction. *Heart, Lung and Circulation* 11, 10 - 18.

- HeiaHeia! 2010 <http://www.heiaheia.com/account> (Luettu 25.1.2011)
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. uudistettu painos. Edita: Helsinki.
- Heimala, H. Toiminnanjohtaja. Etelä-Karjalan Sydänpiiri. Haastattelu 24.2.2010.
- Heimala, H. Toiminnanjohtaja. Etelä-Karjalan Sydänpiiri. Sähköposti 25.1.2011.
- Henttonen, K. Fysioterapeutti. Lappeenrannan sydänyhdistys. 4.10.2010. Haastattelu
- Hirsjärvi, S., Remes P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. painos. Helsinki: Tammi.
- Hämäläinen, H. & Röberg, M. 2007a. Sydän kuntoutus osana moniulotteista palveluketjua. Suomen Lääkärilehti 41, 3771 - 3775.
- Hämäläinen, H. & Röberg, M. 2007b. Kokonaisvaltainen katse sydän kuntoutukseen. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 88.
- Hyvis 2009. Miksi sepelvaltimot ovat tärkeitä?. <http://www.hyvis.fi/voihyvin/sepelvaltimotauti/sepelvaltimotauti/miksisepelvaltimotovattarkeitaview?searchterm=viittomakielell%E4> (Luettu 21.1.2011)
- Ikonen, T. 2006. Tulppa-ohjelman prosessi ja tuloksellisuus. Kuopion yliopisto. Pro Gradu –tutkielma.
- Ilanne-Parikka, P., Kangas, T., Kaprio, E.A. & Rönnemaa, T. 2006. Diabetes. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Kelan kuntoutustilasto 2008. Kansaneläkelaitos Tilastoryhmä. 2009.
- Kela 2009. Kelan sairausvakuutustilastot 2008. [http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Sava_08_pdf/\\$File/Sava_08.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Sava_08_pdf/$File/Sava_08.pdf?OpenElement) (Luettu 3.3.2010)
- Keski-Uusimaa 2009. Valtimotaudit yleisin kuolinsyy Suomessa. <http://web1.keski-uusimaa.fi/Uutiset/Arkisto/2009/09/15/Valtimotaudit-yleisin-kuolinsyy-Suomessa> (Luettu 18.1.2010)
- Kettunen, R. 2008. Valtimon ahtautuminen ja tukkeutuminen. Teoksessa Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. Helsinki: Duodecim, 252 - 254.
- Kinnunen, T. & Kouvo, A. 2009. Valtimotautipotilaan Tulppa-kuntoutus ja liikunta. Saimaan AMK Lappeenranta: Fysioterapian koulutusohjelma, Opinnäytetyö.

Komorovsky, R., Desideri, A., Rozbowsky, P., Sabbadin, D., Celegon, L. & Gregori, D. 2008. Quality of life and behavioral compliance in cardiac rehabilitation patients: a longitudinal survey. *International Journal of Nursing Studies* 45, 979 - 985

KOTIIN-hanke. 2008. <http://kotiin.laurea.fi/hyvinvointiv.php> (Luettu 20.1.2011)

Kovanen, P.T. 2000. Ateroskleroosin patologia ja molekulaariset syntyvät. Teoksessa Heikkilä, J., Huikuri, H., Luomanmäki, K., Nieminen, M.S., Peuhkurinen, K. (toim.) *Kardiologia*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 351 - 375.

Käypä hoito 2007. Aivoinfarkti. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/khp00062#s> (Luettu 7.1.2010)

Lakka, T.A. & Rauramaa, R. 2001. Säännöllisellä liikunnalla voidaan tehokkaasti ehkäistä ja hoitaa sepelvaltimotautia. *Dosis* 17, 167 - 174.

Lappeenrannan Sydänyhdistys ry 2011. Vuosi 2011 Jäsentiedote.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä:Gummerus Kirjapaino Oy.

Peräsalo, J. 1997. *Sisätautioppi*. 4. - 9. painos. Porvoo: WSOY

Pohjalainen, T. 2006. Mitä tiedetään terveydenhuollossa käytettyjen kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta? *Kuntoutus* 3, 3 - 18.

Pötsönen, R. & Välimaa, R. 1998. Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto ja ER-Paino Oy.

Rantala, M. 2007. Sydänpotilaiden kuntoutuksessa on parantamisen varaa. *Duodecim* 123, 129 - 130.

Rantala, M. ja Virtanen, V. 2008. Kannattaako sydänpotilaan kuntoutus? *Duodecim* 124, 254 - 260.

Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) 2008. *Kuntoutus*. 2. painos. Helsinki: Duodecim

Räsänen, A. Lappeenrannan Diabetesyhdistys. 20.9.2010. Haastattelu.

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004. Ikääntyneiden ihmisten ohjatun terveystiikunnan laatusuosituksset. <http://pre20090115.stm.fi/pr1084342368724/passthru.pdf> (Luettu 12.1.2011)

Suomen Sydänliitto ry. 2006. Sepelvaltimokuntoutuksen käsikirja.

Suomen Sydänliitto ry 2007. Valtimotaudit ja tupakointi.
http://www.sydanliitto.fi/kaikki_sydamesta/savuttomuus/valtimotaudit_ja_tupakointi/fi_FI/valtimotaudit_ja_tupakointi/ (Luettu 7.1.2010)

Suomen Sydänliitto ry 2008. Sepelvaltimotauti ja liikunta.

Suomen Sydänliitto ry. Mitä sydäntuntoutus on?
<http://www.sydanliitto.fi/kuntoutus> (Luettu 24.1.2011)

Suomen Sydänliitto ry 2009. Tulppa-avokuntoutusohjelma.
http://www.sydanliitto.fi/kaikki_sydamesta/kuntoutus/fi_FI/tulppa_avokuntoutus_2/ (Luettu 17.1.2010)

Taylor, RS., Brown, A., Ebrahim, S., Jolliffe, J., Noorani, H., Rees, K., Skidmore, B., Stone, JA., Thompson, DR. & Oldridge, N. 2004. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: Systematic review and Meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med* 116, 682 - 692.

Terveyskirjasto 2009. Duodecim. Aivoverenkiertohäiriöt.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_teos=seh&p_artikkeli=seh00006 (Luettu 7.1.2010)

Terveysportti 2007. Duodecim. TIA. Roine, Risto O.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=verenkiertohäiriöt

Terveysportti 2009. Duodecim. Tietoa potilaalle: Alaraajojen valtimotauti (katkokävely). Pertti Mustajoki, Markku Ellonen.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=verenkiertohäiriöt

Tilastokeskus 2010a. Työikäisten (15 - 64 -vuotiaat) naisten yleisimmät kuolemansyyt vuonna 2009
http://stat.fi/til/ksyyt/2009/ksyyt_2009_2010-12-17_kuv_002_fi.html (Luettu 24.1.2011)

Tilastokeskus 2010b. Työikäisten (15 - 64 -vuotiaat) miesten yleisimmän kuolemansyyt vuonna 2009
http://stat.fi/til/ksyyt/2009/ksyyt_2009_2010-12-17_kuv_001_fi.html (Luettu 24.1.2011)

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. painos. Jyväskylä: Tammi.

Vanhanen, H. 2003. Sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes ja seksuaalisuus. *Duodecim* 119, 229–34.

Welsh, J., Sharma, A., Cunningham, S. & Vos, M. 2011. Consumption of added sugars and indicators of cardiovascular disease risk among US adolescents. *Circulation* 0.

Wyer, S., Joseph, S., Earl, L. 2001. Predicting attendance at cardiac rehabilitation: a review and recommendations. *Coronary Health Care* 5, 171-177.

Ryhmähaastattelu 11.5.2010

N=3

Kerro vapaasti millaisia kokemuksia sinulla on ollut jatkokuntoutuksesta Tulppa-kuntoutuksen jälkeen?

Sosiaali- ja terveysala

Kevät 2010

SUOSTUMUS

Olen saanut riittävästi tietoa tästä **Tulppa-ryhmään osallistuneiden jatkokuntoutukseen hakeutuminen Lappeenrannan terveysasemalla** - opinnäytetyöstä ja olen ymmärtänyt saamani tiedon. Olen voinut esittää kysymyksiä ja olen saanut kysymyksiini riittävät vastaukset. Suostun osallistumaan tähän tutkimukseen.

Paikka

Aika

Potilas/asiakas

Opiskelija/opiskelijat

Sosiaali- ja terveysala
Fysioterapian koulutusohjelma

Saate
23.9.2010

Hyvä Tulppa-kuntoutukseen osallistunut

Olemme Saimaan ammattikorkeakoulun fysioterapeuttiopiskelijoita. Teemme opinnäytetyötä Tulppa-kuntoutuksesta yhteistyössä Etelä-Karjalan Sydänpiirin kanssa. Työn on tarkoitus valmistua helmikuussa 2011.

Opinnäytetyön tavoitteena on tutkia Tulppa-kuntoutujien hakeutumista jatkokuntoutukseen Tulppa-ryhmän jälkeen erityisesti mitkä tekijät siihen vaikuttavat. Lisäksi työn tarkoituksena on selvittää, kuinka Tulppa-kuntoutujien jatkokuntoutusmahdollisuuksia tulisi kehittää. Jatkokuntoutuksella tässä työssä tarkoitetaan Tulppa-kuntoutuksen jälkeistä aikaa. Tutkimuksen kohderyhmänä ovat kaikki Lappeenrannassa syksyllä 2008, keväällä 2009 ja syksyllä 2009 Tulppa-kuntoutuksen aloittaneet henkilöt.

Pyydämme Teitä vastaamaan kyselylomakkeeseen ja palauttamaan sen oheisessa kirjekuoressa 7.10.2010 mennessä. Postimaksu on maksettu. Teidän henkilökohtaiset kokemuksenne ovat jatkokuntoutuksen kehittämisen kannalta tärkeitä. Vastaamalla kyselyyn voitte vaikuttaa Tulppa-kuntoutujille tulevaisuudessa tarjottavaan jatkokuntoutukseen Lappeenrannassa.

Lähehtämänne vastaukset käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä luovuteta ulkopuolisille. Kyselyyn vastataan nimettömänä, eikä henkilöllisyytenne tule ilmi. Tutkimuksen raportoinnissa voidaan käyttää suoria lainauksia vastauksista, anonymiteetti säilyttäen. Vastauslomakkeita käytetään ainoastaan tässä opinnäytetyössä, jonka jälkeen lomakkeet hävitetään eikä niistä jää kopioita.

Vastaamme mielellämme lomaketta tai opinnäytetyötämme koskeviin kysymyksiin.

Ystävällisin terveisin

Hanna-Maria Helin

Katja Parviainen

Hyvä Tulppa-kuntoutukseen osallistunut henkilö

Olemme fysioterapeuttiopiskelijoita Saimaan ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä Tulppa-kuntoutujien jatkokuntoutuksesta. Jatkokuntoutuksella tarkoitamme Tulppa-kuntoutuksen jälkeistä toimintaa. Tämä sisältää esimerkiksi erilaiset liikunta- ja vertaistukiryhmät sekä itsenäisen liikkumisen. Pyydämme Teitä pohtimaan hetken Tulppa-kuntoutuksen jälkeistä aikaa ja vastaamaan alla oleviin kysymyksiin. Toivomme, että vastaatte mahdollisimman totuudenmukaisesti. Vastaaminen on vapaaehtoista. Vastaamalla voitte vaikuttaa Tulppa-kuntoutujille tulevaisuudessa tarjottavaan jatkokuntoutukseen Lappeenrannassa.

Tutkimus on luottamuksellinen eivätkä henkilötietonne tule ilmi. Tutkimuksen raportoinnissa saatetaan käyttää suoria lainauksia saaduista vastauksista. Postittakaa kyselylomake mukana tullessa kirjekuussa viimeistään 7.10.2010.

1.TAUSTATIEDOT

Merkittävä viivoille tai rastittakaa sopiva vaihtoehto

1.1. Ikä: _____

1.2. Sukupuoli: ☐ nainen
☐ mies

1.3. Asuttko: ☐ kumppanin kanssa
☐ yksin
☐ muu, mikä _____

1.4. Mihin ryhmään kuulutte: ☐ todettu valtimotauti
☐ valtimotaudin riskiryhmäläinen

1.5. Milloin olette aloittanut Tulppa-kuntoutuksen?
☐ syksy 2008
☐ kevät 2009
☐ syksy 2009

1.6. Oletteko harrastanut liikuntaa ennen Tulppa-kuntoutusta? Millaista ja kuinka usein?

2. JATKOKUNTOUTUKSEEN OSALLISTUMINEN

Merkitkää viivoille tai rastittakaa sopiva vaihtoehto

2.1. Oletteko hakeutunut Tulppa-kuntoutuksen jälkeen organisoituun jatkokuntoutukseen?

- ☐ kyllä, miksi _____
- ☐ ei, miksi _____

Harrastatteko omatoimisesti liikuntaa? Millaista? _____

2.2. Kenen järjestämään jatkokuntoutukseen olette osallistunut?

- ☐ Sydänyhdistys
- ☐ Diabetesyhdistys
- ☐ Muu, mikä _____
- ☐ En ole osallistunut

2.3. Oletteko tietoinen yhdistysten järjestämästä toiminnasta?

- ☐ Sydänyhdistyksen ☐ Diabetesyhdistyksen ☐ en ole tietoinen

3. JATKOKUNTOUTUKSEEN OSALLISTUMINEN

Vastatkaa seuraviin osioihin omin sanoin

3.1. Kuinka olette saanut tietoa jatkokuntoutuksesta? _____

3.2. Millaista tietoa Tulppa-ohjaajat antoivat ryhmän jälkeisestä toiminnasta?

Millaista tietoa olisitte kaivannut? _____

3.3. Miksi olette/ette ole osallistunut jatkokuntoutukseen? _____

3.4. Onko ryhmämuotoiselle kuntoutukselle mielestänne tarvetta? _____

3.5. Kertokaa, millaiset tekijät edistäisivät jatkokuntoutukseen osallistumistanne?

3.6. Kertokaa, millaiset tekijät heikentäisivät jatkokuntoutukseen osallistumistanne?

3.7. Mikä on perheen tuen merkitys osallistumiseen? _____

3.8. Millaiseen jatkokuntoutusryhmään haluaisitte osallistua (aika, viikonpäivä ja paikka)?

Millaisia toiveita teille olisi ryhmän sisällöstä? _____

3.9. Mikä olisi Teille paras keino saada tietoa kuntoutuksesta, ryhmistä tai muusta vastaavasta toiminnasta? _____

Kiitos vastauksestanne!

Jos Teille heräsi kysymyksiä liittyen lomakkeeseen tai opinnäytetyöhömme, ottakaa yhteyttä puhelimitse tai sähköpostilla.

Ystävällisin terveisin

Hanna-Maria Helin

Katja Parviainen